

ORGAN TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH

POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

SUPLEMENT 1/2015

67 Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich

9-12 września 2015 r, Lublin



WYDAWCA

FUNDACJA POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

Komitet Naukowy
67. Kongresu TChP w Lublinie, 9-12.09.2015 r.

Przewodniczący Komitetu Naukowego

prof. dr hab. med. Grzegorz Wallner (Lublin)

Vice-Przewodniczący Komitetu Naukowego

prof. dr hab. med. Adam Dziński (Łódź)
prof. dr hab. med. Marek Krawczyk (Warszawa)
prof. dr hab. med. Jan Kulig (Kraków)
prof. dr hab. med. Zbigniew Śledziński (Gdańsk)
prof. dr hab. med. Wiesław Tarnowski (Warszawa)

Honorowy Komitet Naukowy – Past Prezesi ZG TChP

prof. dr hab. med. Zygmunt Górka (Katowice)
prof. dr hab. med. Zbigniew Gruca (Gdańsk)
prof. dr hab. med. Bogdan Łazarkiewicz (Wrocław)
prof. dr hab. med. Zygmunt Mackiewicz (Bydgoszcz)
prof. dr hab. med. Paweł Misiuna (Lublin)
prof. dr hab. med. Wojciech Noszczyk (Warszawa)
prof. dr hab. med. Tadeusz Popiela (Kraków)
prof. dr hab. med. Zbigniew Puchalski (Białystok)
prof. dr hab. med. Seweryn Wiechowski (Szczecin)
prof. dr hab. med. Wojciech Witkiewicz (Wrocław)
– Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej

International Members of the Scientific Committee

prof. Markus Büchler (Heidelberg, Germany)
prof. Roberto Coppola (Rome, Italy)
prof. Robert Martin (Louisville, USA)
prof. Karl-Ernst Grund (Tübingen, Germany)
prof. Yuko Kitagawa (Tokyo, Japan)
prof. Han-Kwang Yang (Seoul, South Korea)

prof. Miguel Cuesta (Amsterdam, Netherlands)
 prof. Karl-Hermann Fuchs (Frankfurt, Germany)
 prof. Thomas Walsh (Dublin, Ireland)
 prof. Peter Vogt (Hannover, Germany)
 prof. Maurizio Degiuli (Turin, Italy)
 dr Hendrik Hartgrink (Leiden, Netherlands)
 prof. Takeo Fukagawa (Tokyo, Japan)
 prof. Hitoshi Katai (Tokyo, Japan)
 prof. Joachim Jähne (Hannover, Germany)
 prof. Henning Dralle (Halle, Germany)
 associate prof. Jan Koller (Bratislava, Slovakia)
 prof. Frank Siemers (Halle, Germany)
 associate prof. Leo Klein (Hradec Králové, Czech Republic)
 prof. Gabriele Schackert (Dresden, Germany)
 prof. John Nicholls (London, United Kingdom)
 prof. Hans Lippert (Magdeburg, Germany)
 dr hab. med. Paweł Mroczkowski (Magdeburg, Germany)
 prof. Hartwig Bauer (Neuötting, Germany)
 assistant professor dr. Taizo Hibi (Tokyo, Japan)
 dr. Andrew Robson (Edinburgh, Scotland)
 dr. Tomasz Rogula (Cleveland, USA)
 dr. Sławomir Marecik (Chicago, USA)
 prof. Steven Schwaitzberg (Buffalo, USA)
 dr. Oliver Warren (London, United Kingdom)
 prof. Wolfgang Feil (Vienna, Austria)
 prof. Hans-Joachim Meyer (Hannover, Germany)
 prof. Masaki Kitajima (Tokyo, Japan)
 prof. Uwe Pohlen (Offenburg, Germany)
 prof. Maximilian Scheiterle (Siena, Italy)
 prof. Rene Fortelny (Vienna, Austria)
 dr Michał Kazanowski (Dublin, Ireland)

Członkowie Komitetu Naukowego – Polska

prof. dr hab. med. Małgorzata Bulanda (Kraków)
 – Prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych
 dr med. Włodzimierz Cebulski (Warszawa)
 dr hab. med. Grzegorz Ćwik (Lublin)
 prof. dr hab. med. Jacek Dadan (Białystok)
 prof. dr hab. med. Andrzej Dąbrowski (Białystok)
 – Prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii
 prof. dr hab. med. Andrzej Dąbrowski (Lublin)
 prof. dr hab. med. Marek Dobosz (Gdańsk)

- prof. dr hab. med. Michał Drewny (Poznań)
dr hab. med. Mirosław Dziekiewicz (Bydgoszcz)
prof. dr hab. med. Stanisław Głuszek (Kielce)
prof. dr hab. med. Krzysztof Grabowski (Wrocław)
prof. dr hab. med. Zygmunt Grzebieniak (Wrocław)
prof. dr hab. med. Marek Jackowski (Toruń)
dr hab. med. Marek Kawecki (Siemianowice Śląskie)
prof. dr hab. med. Bogusław Kędra (Białystok)
prof. dr hab. med. Wojciech Kielan (Wrocław)
prof. dr hab. med. Józef Kładny (Szczecin)
dr hab. med. Piotr Kołodziejczyk (Kraków)
prof. dr hab. med. Krzysztof Kołomecki (Łódź)
prof. dr hab. med. Ireneusz Krasnodębski (Warszawa)
prof. dr hab. med. Krzysztof Kuzdak (Łódź)
prof. dr hab. med. Paweł Lampe (Katowice)
dr hab. med. Zbigniew Lorenc (Sosnowiec)
– Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii
prof. dr hab. med. Adam Maciejewski (Gliwice)
prof. dr hab. med. Ryszard Marciniak (Poznań)
prof. dr hab. med. Marek Maruszyński (Warszawa)
prof. dr hab. med. Andrzej Matyja (Kraków)
prof. dr hab. med. Waldemar Olszewski (Warszawa)
dr med. Mieszko Norbert Opiłka (Sosnowiec)
prof. dr hab. med. Maciej Otto (Warszawa)
prof. dr hab. med. Krzysztof Paśnik (Warszawa)
prof. dr hab. med. Waldemar Patkowski (Warszawa)
prof. dr hab. med. Dariusz Patkowski (Wrocław)
– Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej
prof. dr hab. med. Lech Pomorski (Łódź)
prof. dr hab. med. Piotr Richter (Kraków)
prof. dr hab. med. Piotr Rutkowski (Warszawa)
– Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
prof. dr hab. med. Marek Szczepkowski (Warszawa)
prof. dr hab. med. Krzysztof Słowiński (Poznań)
prof. dr hab. med. Jadwiga Snarska (Olsztyn)
dr hab. med. Zoran Stojcev (Słupsk)
dr hab. med. Piotr Terlecki (Lublin)
prof. dr hab. med. Tadeusz Wróblewski (Warszawa)
prof. dr hab. n med. Mariusz Wyleżoł (Warszawa)
prof. dr hab. med. Wojciech Zegarski (Bydgoszcz)
prof. dr hab. med. Krzysztof Zieniewicz (Warszawa)
prof. dr hab. med. Jerzy Strużyna (Łęczna)
– Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej
prof. dr hab. med. Marcin Roszkowski (Warszawa)

- Prezes Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów
prof. dr hab. med. Grzegorz Oszkinis (Poznań)
- Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej
prof. dr hab. med. Waldemar Kostewicz (Warszawa)
 - Prezes Polskiego Towarzystwa Angiologicznego
prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski (Bydgoszcz)
 - Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego
prof. dr hab. med. Piotr Knapik (Zabrze)
- Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
dr hab. med. Tomasz Skoczylas (Lublin)
prof. dr hab. med. Tadeusz Orłowski (Warszawa)
- Sekretarz Generalny Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów
prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski (Warszawa)
- Prezes Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego
prof. dr hab. med. Krzysztof Bar (Lublin)
prof. dr hab. med. Tomasz Rechberger (Lublin)
dr hab. med. Krzysztof Zinkiewicz (Lublin)
dr med. Marek Majewski (Lublin)
dr hab. med. Tomasz Zubilewicz (Lublin)
- Prezes Polskiego Towarzystwa Flebologicznego
prof. dr hab. med. Przemysław Oszukowski (Łódź)
- Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
dr med. Michał Solecki (Lublin)
dr med. Michał Mik (Łódź)

SPIS TREŚCI

WYKŁADY	7
WYSTĄPIENIA USTNE	86
SESJA PLAKATOWA - 10 września 2015	128
SESJA PLAKATOWA - 11 września 2015	248

WYKŁADY

PORAŻENIE NERWU KRTANIOWEGO GÓRNEGO I WSTECZNEGO.

M. Barczyński¹, A. Konturek¹, M. Dedecjus², M. Kusiński³

1 - Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

2 - Klinika Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej, Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa

3 - Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Naczyniowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

Porażenie nerwu krtaniowego wstecznego (NKW) i/lub gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego (GZKNG) należy do jednych z najczęstszych powikłań w chirurgii tarczycy (0,5 – 20%). Znajomość zmienności anatomicznej tych nerwów, metod ich śródoperacyjnej lokalizacji oraz sposobów prewencji ich uszkodzeń obowiązuje każdego chirurga operującego tarczycę.

Od wielu lat za standard w chirurgii tarczycy uważa się śródoperacyjną identyfikację NKW, co pozwala na zmniejszenie ryzyka jego jatrogennego uszkodzenia. W przeciwieństwie do powszechnie akceptowanej wizualizacji NKW, większość chirurgów stara się unikać uwidaczniania w polu operacyjnym GZKNG, co może prowadzić do ich niezamierzonego uszkodzenia, zwłaszcza w przypadku wola dużych rozmiarów (>100ml), dużego guza w górnym biegunie płata tarczycy, bądź u chorych z krótką szyją, gdzie znacznie częściej spotyka się typ GZKNG 2A i 2B wg Cernea, które narażone są na wysokie ryzyko uszkodzenia w momencie podwiązania naczyń tarczowych górnych. W 1966 roku Shedd i wsp. po raz pierwszy u ludzi zaproponowali wykorzystanie elektrycznego neurostymulatora do identyfikacji NKW. W ostatnich latach technika ta została znacząco udoskonalona i obecnie dostępne są nowoczesne systemy do śródoperacyjnego monitorowania czynności NKW i GZKNG, a sama metoda została wystandaryzowana dzięki pracom Międzynarodowej Grupy Badawczej ds. Neuromonitoringu w Chirurgii Tarczycy i Przytarczyc: www.inmsg.org

Stąd też śródoperacyjny neuromonitoring NKW zyskuje coraz powszechniejszą akceptację, jako metoda uzupełniająca standard identyfikacji wzrokowej NKW i GZKNG w chirurgii tarczycy, bowiem śródoperacyjna ocena zachowania integralności czynnościowej nerwu ma istotne znaczenie w prognozowaniu jego pooperacyjnej czynności i ma wpływ na minimalizację ryzyka uszkodzenia zarówno NKW, jak i GZKNG, oraz taktykę operacyjną z uwzględnieniem etapowej tyreoidektomii jako sposobu prewencji obustronnego uszkodzenia NKW. W wykładzie tym omówiono szczegółowo patogenezę uszkodzeń nerwów krtaniowych oraz sposoby ich prewencji w czasie zabiegu wycięcia tarczycy z wykorzystaniem metody śródoperacyjnego neuromonitoringu.

PĘTLOWE WYŁĄCZENIE ŻOŁĄDKOWO-JELITOWE -MINI GASTRIC BYPASS/ONE ANASTOMOSIS GASTRIC BYPASS

T. Lewandowski¹

1 - Ośrodek Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Onkologicznej "Pro Medica" sp. z o.o.b, Ełk

Laparoskopowa chirurgia bariatryczna i metaboliczna współcześnie postrzegana jest jako bezpieczna i efektywna. Jedną z coraz powszechniej stosowanych metod operacyjnych jest Pętłowe wyłączenie żołądkowo-jelitowe. Według licznych doniesień jest operacją przynajmniej równoważną do Roux "Y" gastric bypass biorąc pod uwagę EWL, a dodatkowym atutem jest mniejszy stopień trudności i krótszy czas wykonania samej procedury. Podkreśla się również lepszy efekt "przeciwcukrzycowy" w porównaniu z RYGB. PŹJ jest operacją typu "tailored surgery".

Cel: Celem prezentacji jest zwrócenie uwagi na strategiczne etapy zabiegu w kontekście uniknięcia lub rozwiązania problemów śródoperacyjnych problemów

Metodyka: Analizie poddano 340 zabiegów u chorych ze średnim BMI 46,2, operowanych w okresie w okresie 5 lat. W pierwszym etapie zabiegu kreowano zbiornik żołądkowy długości około 15-20 cm wzdłuż sondy kalibracyjnej 34F, następnie rozdzielano sieć większą i wytwarzano zespolenie żołądkowo-jelitowe staplerem liniowym 30 mm, wzdłuż linii zszywek kikuta. Ubytek po wprowadzeniu staplera zamykano szwem ciągłym. Zespolenie z jelitem czczym wykonywano ok. 200 cm od mięśnia wieszadłowego dwunastnicy, stosując algorytm Garcia-Caballero. Długość wyłączonego odcinka jelita uzależniona była od wieku chorego i maksymalnego BMI.

Wyniki: Ultrata nadmiaru masy ciała po 5 latach wynosiła 78%, średni czas operacji 76 min, całkowita remisja cukrzycy T2 87%. Wczesne powikłania pooperacyjne wystąpiły u 10 chorych (2,94%), w tym 1 przypadek śmierci z powodu posocznicy (0,29%), 3 przypadki nieszczelności (0,88%), 2 przypadki krwawienia pooperacyjnego (0,58%), 2 przypadki niedrożności mechanicznej (0,58%), 2 przypadki zakażenia ran (0,58%). Odległe powikłania dotyczą niedokrwistości z niedoboru żelaza u 30 chorych (8,8%), owrzodzenia w zespoleniu u 6 chorych (1,76%), incydentów objawowej hipoglikemii u 12 operowanych (3,52%), refluksu żołądkowo-przełykowego u 3 chorych (1,1%) i dwóch przypadków poważnego niedożywienia (0,58%).

Wnioski: Pętłowe wyłączenie żołądkowo-jelitowe jest operacją bezpieczną i skuteczną. Należy podkreślić niski poważnych powikłań pooperacyjnych z bardzo dobrym efektem bariatrycznym i antydiabetycznym.

ULTRASONOGRAFIA ZABIEGOWA W OBRĘBIE JAMY BRZUSZNEJ

G. Ćwik¹

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, UM Lublin, Lublin

Aspiracyjna biopsja cienkoigłowa, przezskórne zabiegi drenażowe oraz ablacyjne są powszechnie zaakceptowanymi zabiegami diagnostyczno-terapeutycznymi u pacjentów, którzy mają powierzchowne lub głęboko położone zmiany lite, a także torbielowate w jamie brzusznej. Te minimalnie inwazyjne techniki są bezpieczne, precyzyjne, nie zabierają wiele czasu oraz z uwagi na małą liczbę powikłań są szeroko akceptowane przez pacjentów.

Cel pracy: Wykład ma przedstawić procedury ultrasonografii zabiegowej wykorzystywane obecnie w Klinice autorów.

Metodyka: Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) wykonywana jest w celu potwierdzenia obecności komórek nowotworowych, szczególnie w przypadkach stosowania leczenia skojarzonego nowotworów jamy brzusznej, w tym trzustki, nerki, zmian węzłowych. Jeżeli nie znamy pochodzenia guza, szukamy wyjścia zmian przerzutowych np. w wątrobie lub chcemy dokładnie zróznicować rodzaj nowotworu (biopsją gruboigłową). Punkcję zbiorników w obrębie jamy oraz drenaż zbiorników w obrębie jamy otrzewnej, przestrzeni zaotrzewnowej i ropni wątroby dokonujemy tylko jednorazowymi sterylnymi zestawami drenażowymi. Średnica drenu zależy od wielkości zbiornika i jego zawartości (torbiel, krwiak, ropień) i zawiera się w przedziale od 6F do 14F. Technika drenażu może być różna w zależności od posiadanego wyposażenia, doświadczenia i preferencji wykonującego. Ablacja ogniskowych zmian nowotworowych - termoablacja RF – wykorzystuje fale o wysokiej częstotliwości. Główne zastosowanie to guzy wątroby (przerzutowe, rzadziej pierwotne). Do przeprowadzenia procedury w większości przypadków potrzebne jest potwierdzenie cytologiczne lub histopatologiczne natury zmiany. Zabieg wykonywany jest zarówno w znieczuleniu miejscowym i sedacji, jak i w wybranych przypadkach w znieczuleniu ogólnym, gdzie możliwe jest wykonanie procedur mieszanych na otwartej jamie brzusznej – termoablacja oraz termoresekcja. Śródoperacyjna ultrasonografia (IOUS) pozwala na potwierdzenie i weryfikację rozpoznania przedoperacyjnego, umożliwia prawidłowe określenie stopnia zaawansowania choroby, pozwala na bezpieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz skrócenie jego czasu trwania. IOUS stosujemy głównie w chorobach trzustki, zarówno zapalnych jak i nowotworowych oraz w schorzeniach wątroby, przy resekcjach miększu, termoablacji śródoperacyjnej oraz przy drenażu ropni wewnątrzwątrobowych.

ROLA ENDOSKOPII W LECZENIU CHORYCH Z JATROGENNYM USZKODZENIEM DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

S. Kozieł¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Kalectwo DŻ jest ciężkim powikłaniem operacji na drogach żółciowych. Upowszechnienie LC spowodowało znaczny wzrost ilości uszkodzeń dróg z 0,1-0,2% dla OC do 0,2-0,6% dla LC. Do uszkodzeń dróg dochodzi najczęściej w wyniku złej identyfikacji struktur oraz błędów technicznych powodujących krwawienie. Niekontrolowana koagulacja i klipsowanie grożą uszkodzeniem termicznym lub mechanicznym, wycięciem lub zamknięciem GDŻ. Zależnie od typu uszkodzenia, po zabiegu obserwujemy przetoki żółciowe lub zwężenia, z całym szeregiem ich konsekwencji. Część uszkodzeń nie powoduje ostrych objawów, czego skutkiem mogą być powikłania odległe np wtórna żółciowa marskość wątroby. Szacuje się, że jedynie 11-23% uszkodzeń rozpoznawanych jest podczas pierwotnego zabiegu. W pozostałych 77-89% przypadkach, kalectwo ujawnia się w okresie pooperacyjnym, zwykle podczas kolejnej hospitalizacji. W celu zaplanowania optymalnego leczenia, należy dokładnie określić rodzaj i miejsce uszkodzenia. W diagnostyce wykorzystujemy USG, CT, MRCP, PTC i ERCP. Najdokładniejsze obrazy uzyskujemy w MRCP oraz w trakcie procedur przezskórnych i endoskopowych. Te ostatnie, obok dokładnego obrazowania uszkodzeń, pozwalają na jednoczesne wdrożenie odpowiedniego leczenia przedoperacyjnego lub terapii ostatecznej. Obecnie stosowane techniki ERCP z powodzeniem prowadzą do wyleczenia niektórych uszkodzeń. Sfinkterotomia i wprowadzenie protezy plastikowej lub usuwalnej protezy SEMS zmniejszają ciśnienie żółci i zapewniają jej swobodny odpływ. Pozwala to na samoistne zamknięcie przetoki z odsetkiem powodzeń sięgającym 70-95%. Terapia endoskopowa jest równie skuteczna w leczeniu niektórych typów pooperacyjnych zwężeń dróg żółciowych. Po rozszerzeniu zwężenia, do dróg wprowadza się jedną lub kilka protez plastikowych albo usuwalną protezę SEMS. Protezy plastikowe wymienia się planowo co 3 miesiące przez 9-12 miesięcy. SEMS utrzymuje się w drogach 6-9 miesięcy. Skuteczność takiej terapii sięga 80-86%. W razie nawrotu zwężenia, część pacjentów z dobrym efektem poddaje się ponownemu leczeniu endoskopowemu. Dzięki stałemu rozwojowi ERCP i wprowadzaniu nowych metod leczenia, część pacjentów z jatrogennymi uszkodzeniami dróg żółciowych może uniknąć ponownej operacji, będąc skutecznie leczonymi technikami endoskopowymi. Najcięższe przypadki kalectwa żółciowego, wymagają jednak leczenia operacyjnego, a zabiegi endoskopowe pomagają jedynie ustalić dokładne rozpoznanie i przygotować pacjenta do leczenia ostatecznego.

ROLA PROTEZ SEMS W LECZENIU CHORYCH Z NOWOTWOROWYMI ZWĘŻENIAMI DWUNASTNICY I JELITA GRUBEGO

S. Kozieł¹, J. Pertkiewicz¹, M. Krawczyk¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Zaawansowane techniki endoskopowe coraz częściej wykorzystywane są w leczeniu chorób, które dotychczas wymagały postępowania operacyjnego. Przykładem może być protezowanie nowotworowych zwężeń dwunastnicy i jelita grubego powodujących niedrożność. Pomijając następstwa choroby wrzodowej, najczęstszymi przyczynami niedrożności na tym poziomie dwunastnicy są nowotwory dystalnej części żołądka, nowotwory trzustki i pęcherzyka żółciowego naciekające dwunastnicę, rak brodawki Vatera i rzadziej pierwotny rak dwunastnicy. Niedrożność przewodu pokarmowego na tym poziomie, szybko prowadzi do poważnych zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i wymaga pilnej interwencji. Paliatywne leczenie chirurgiczne polega na wytworzeniu żołądkowo-jelitowego zespolenia omijającego lub jejunostomii odżywczej ze stałym odsysaniem treści żołądkowej przy pomocy zgłębnika. Wiąże się to ze znacznym pogorszeniem jakości życia oraz szeregiem możliwych powikłań pooperacyjnych. Alternatywą dla leczenia operacyjnego jest endoskopowe wprowadzenie metalowej protezy samorozprężalnej. Zabieg wykonuje się pod kontrolą endoskopu i fluoroskopii. W zależności od typu zwężenia i jego długości, dobiera się odpowiedni rozmiar protezy, a jej koniec proksymalny ustawia się w opuszce dwunastnicy lub odźwierniku. Ciasne i sztywne zwężenia nierzadko wymagają wcześniejszego rozszerzania balonem ciśnieniowym. Skuteczność doraźna jest bardzo wysoka, a ilość powikłań niewielka. Kolejną zaletą tej metody jest zachowany dostęp endoskopowy do brodawki Vatera i możliwość protezowania zwężeń dróg żółciowych przez oczka stentu dwunastniczego. W przypadku zaawansowanej niedrożności okrężnicy, implantacja protezy jelitowej pozostaje nierzadko jedynym sposobem bezpiecznej i skutecznej dekompresji jelita. U pacjentów z guzem nieoperacyjnym lub rozsiewem procesu nowotworowego, protezowanie jelita grubego można traktować jako paliatywne leczenie ostateczne. W przypadku zmian resekcyjnych, endoskopowe odbarczenie jelita z użyciem SEMS jest „pomostem do leczenia operacyjnego”. Dekompresja jelita proksymalnie od zwężenia pozwala na odroczenie operacji do czasu ustąpienia objawów niedrożności. Umożliwia to przeprowadzenie zabiegu resekcyjnego z jednoczesnym zespoleniem jelitowym, eliminując konieczność wykonania operacji Hartmana lub stomii odbarczającej. Zastosowanie protez powlekanych umożliwia zamknięcie przetok kałowych w obrębie guza, choć zwiększa ryzyko migracji stentu.

ECPW U PACJENTÓW PO OPERACJACH ZMIENIAJĄCYCH ANATOMIĘ PRZEWODU POKARMOWEGOJ. Pertkiewicz¹, S. Kozieł¹, M. Krawczyk¹

1 - CSK WUM Warszawa, Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawa

W ostatnich latach znamienne zwiększyła się ilość chorych wymagających leczenia endoskopowego z powodu chorób dróg żółciowych lub przewodu trzustkowego poddanych w przeszłości zabiegom chirurgicznym zmieniającym anatomię przewodu pokarmowego. Dodatkowo u części chorych z tej grupy zmieniona jest nie tylko anatomia żołądka czy dwunastnicy ale również anatomia dróg żółciowych lub przewodu trzustkowego. Główną odmianą zmiany anatomii są zabiegi resekcyjne żołądka. Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem żołądkowo-dwunastniczym zachowuje typową anatomię dróg żółciowych i przewodu trzustkowego z dostępem przez brodawkę Vatera ale usunięcie opuszki dwunastnicy i „wyprostowanie” części zstępującej zmienia położenie brodawki oraz położenie przewodu żółciowego wspólnego i przewodu trzustkowego. Położenie brodawki zależne jest również od zastosowanej metody częściowego wycięcia żołądka (Billroth I, Rydygier-Zaorski) oraz zakresu wycięcia dwunastnicy. Częściowa resekcja żołądka z rekonstrukcją ciągłości przewodu pokarmowego metodą powszechnie nazywaną „Billroth II” również różni się sposobami zespolenia żołądkowo-jelitowego jak również umieszczeniem zespolenia przed okrężnicą lub w otworze w krezce poprzeczniczej. Dodatkowo u części chorych wykonywane jest zespolenie jelitowo-jelitowe sposobem Brauna. Kolejną odmianą rekonstrukcji ciągłości przewodu pokarmowego po częściowej resekcji żołądka jest zespolenie z pętlą jelita sposobem Roux- en Y. Dostęp do dróg żółciowych wymaga zidentyfikowania zespolenia jelitowo-jelitowego oraz pętli doprowadzającej i przez nią dotarcia do brodawki Vatera lub zespolenia z drogami żółciowymi. Inną odmianą rekonstrukcji ciągłości przewodu pokarmowego po pankreatoduodenektomii jest zespolenie pętli doprowadzającej z dwunastnicą (Traverso). Najtrudniejszą do wykonywania zabiegów endoskopowych grupą są chorzy po zabiegach chirurgicznych z powodu otyłości patologicznej, która sama w sobie jest czynnikiem ryzyka wystąpienia kamicy żółciowej. Dodatkowo kolejnym czynnikiem ryzyka jest szybka utrata wagi po zabiegu operacyjnym a pojawienie się kamicy pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych może dotyczyć 1/3 chorych operowanych. W prezentacji przedstawiono dobór endoskopów używanych do zabiegów poszczególnych odmianach anatomicznych, techniki zabiegu, narzędzi niezbędnych do wykonania zabiegu jak również wyniki i powikłania.

ENDOSKOPOWE LECZENIE GRUCZOLAKÓW PRZYSADKI MÓZGOWEJ

A. Rudnik¹

1 - Katedra i Klinika Neurochirurgii SUM Katowice, Katowice

W chirurgii przysadki dostęp przezklinowy jest nowoczesnym i uznanym standardem w leczeniu gruczolaków. W latach 90-tych XX wieku zaczęto stosować technikę endoskopową w leczeniu patologii siodła, a jej niekwestionowanymi twórcami byli Jho i Carrau z Pittsburgh Medical Center w USA . Wprowadzona metoda operacyjna szybko zainteresowała wielu neurochirurgów mimo, że jest postrzegana jako szczególnie trudna technicznie. Obecnie stosowanie endoskopu w przezklinowej chirurgii przysadki staje się prawie standardem, a operacje "czysto endoskopowe" (pure endoscopic endonasal approach) wykonywane są w coraz liczniejszych ośrodkach na świecie. W Katedrze i Klinice Neurochirurgii w Katowicach od 2001 roku przezklinowe operacje gruczolaków przysadki mózgowej przeprowadzane są tylko i wyłącznie techniką endoskopową. Zaletami metody endoskopowej są doskonała wizualizacja pola operacyjnego, możliwość korzystania z optyk kątowych, brak potrzeby stosowania sztywnych rozwórek donosowych oraz pooperacyjnej tamponady przewodów nosowych. Jak wykazały analizy dużych serii operowanych chorych dzięki tej metodzie zmniejszono odsetek powikłań, skrócono czas operacji oraz hospitalizacji pacjentów. Porównując wyniki leczenia operacyjnego gruczolaków przysadki metodą mikrochirurgiczną i endoskopową jednoznacznie potwierdzono większą skuteczność, szczególnie dotyczyło to makrogruczolaków, techniki z użyciem neuroendoskopu. Gruczolaki przysadki, pomimo łagodnego charakteru, nadal stanowią poważny problem zarówno kliniczny, jak i społeczny. Dzięki nowoczesnemu neuroobrazowaniu, doskonaleniu sprzętu operacyjnego oraz rozwojowi unikatowych technik chirurgicznych ich leczenie staje się bardziej skuteczne i bezpieczne dla chorego. Stały rozwój metody endoskopowej oraz poszukiwanie nowych przeznosowych dojsć operacyjnych owocują wprowadzeniem do praktyki klinicznej endoskopowych dostępów do prawie całej podstawy czaszki, począwszy od zatoki czołowej i grzebienia koguciego z przodu, przez siodło i zatokę jamistą w środku, po otwór wielki i ząb obrotnika z tyłu.

NOWA OPCJA DEFINITYWNEGO ZAMKNIĘCIA RANY OPARZENIOWEJ

M. Kawecki¹, D. Hoff-Lenczewska¹, J. Glik¹, M. Grabowski¹, A. Klama-Baryła¹, W. Łabuś¹

1 - Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Siemianowice Śląskie

Wstęp: podstawowym elementem leczenia chorych oparzonych jest jak najszybsze usunięcie tkanek martwiczych (resekcja martwicy) i definitywne zamknięcie rany. Procedura hydrochirurgiczna (VersaJet) pozwala na precyzyjne usunięcie tkanek martwiczych. Alternatywą autologicznego wolnego przeszczepu skóry pośredniej grubości jest zamknięcie rany opatrunkiem Oasis, którego macierz pozakomórkowa pochodzi z warstwy podśluzówkowej jelita cienkiego świń.

Cel : Analiza wpływu na czas i jakość gojenia oraz odczuwanie bólu terapii łączonej VersaJet i Oasis u chorych oparzonych hospitalizowanych w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich.

Materiały i metody: demarkacji martwicy przy użyciu aparatu VersaJet i aplikacji opatrunku Oasis w trakcie jednego zabiegu poddano 5 pacjentów z oparzeniem głębokim i pośredniej grubości rąk. W 5, 14 i 21 dobie po zabiegu wykonywano badania mikrobiologiczne oraz pobierano wycinki z tak zaopatrzonych ran. Ocenie podlegały wyniki obserwacji klinicznej, badań mikrobiologicznych i histopatologicznych. Poziom bólu chorzy oceniali w skali VAS.

Wyniki: procedura hydrochirurgiczna dobrze przygotowuje rany oparzeniowe do zastosowania opatrunku Oasis. Opatrunek Oasis jest elastyczny i dobrze dopasowuje się do rany. Począwszy od 5 doby po zabiegu chorzy podawali znaczący spadek odczuwanego bólu. W 14 dobie rany były zamknięte naskórkiem, a w 21 pokryte świeżą blizną.

Wnioski: terapia łączona VersaJet i Oasis skutkuje spadkiem odczuwanego bólu i dobrym efektem klinicznym gojenia ran u chorych oparzonych.

PRZETOKI ODBYTNICZO-POCHWOWE

T. Kościński¹

1 - Uniwersytet Medyczny Poznań, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Przewodu Pokarmowego, Poznań

Do przyczyn powstawania przetok odbytniczo-pochwowych należą: urazy okołoporodowe, powikłania leczenia chirurgicznego chorób odbytnicy, choroby zapalne jelit, urazy mechaniczne dna miednicy, endometrioza, uszkodzenia popromienne.

Ocena kliniczna poza rozpoznaniem choroby zasadniczej polega na ustaleniu lokalizacji i rozmiarów przetoki. Leczenie chirurgiczne powinno być przeprowadzone w obrębie tkanek wolnych od stanu zapalnego.

Materiał i metody: W okresie 1995-2015 operowano 32 pacjentki w wieku od 18 do 64 lat. Dla leczenia przetok niskich i środkowych zastosowano wycięcie kanału przetoki i szycie warstwowe ściany odbytnicy i pochwy z pokryciem otworów wewnętrznych przesuniętymi płatami śluzówki (13 chorych) oraz rozcięcie kanału przetoki z wycięciem tkanki zapalnej z następową rekonstrukcją ciała kroczonego, zwieraczy odbytu, ściany pochwy i odbytnicy (4 chore). Operacje brzuszne wykonane dla leczenia wysokich przetok odbytniczo-pochwowych polegały na wycięciu zmienionego odcinka odbytnicy wraz z przetoką z jednoczasową rekonstrukcją ciągłości przewodu pokarmowego (6 chorych). U 9 pacjentek po rtg-terapii ze względu na rozległe zniszczenie tkanek wyłoniono kolostomię.

Wyniki: Całkowite wyleczenie uzyskano u wszystkich chorych po rozcięciu kanału przetoki, rekonstrukcji ciała kroczonego i zwieraczy odbytu. Nawrót przetoki odbytniczo-pochwowej stwierdzono u 2 pacjentek po szyciu warstwowym ściany odbytnicy i pochwy z przesunięciem płatów śluzówki. Również po brzusznej resekcji odcinkowej odbytnicy stwierdzono nawrót przetoki, który leczono za pomocą operacji Hartmanna.

STANY NAGŁE W UROONKOLOGII I ZASADY LECZENIA

T. Demkow¹

1 - Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie Warszawa, Warszawa

Na kilku stronach podręcznika „Stany nagłe w onkologii” przedstawiłem rozpoznanie i leczenie podstawowych stanów nagłych, z którymi spotyka się lekarz (urolog, onkolog, radioterapeuta) zajmujący się leczeniem nowotworów dróg moczowych i narządów płciowych męskich. Szereg istotnych objawów, które występują u chorych na nowotwory dróg moczowych jest często lekceważonych zarówno przez chorego jak i lekarzy. Powoduje to opóźnienie rozpoznania nowotworu oraz momentu rozpoczęcia leczenia konsekwencją czego jest krótszy okres przeżycia chorych w porównaniu do pozostałych krajów o wysokim standardzie wiedzy medycznej.

Pragnę zwrócić uwagę Czytelników na kilka aspektów choroby nowotworowej z którymi najczęściej spotyka się urolog:

- krwimocz, ma najczęściej charakter epizodyczny i nie zagraża bezpośrednio życiu choremu. Rzadziej występuje masywny, uporczywy krwimocz, który może doprowadzić do stopniowej anemizacji chorego i być stanem zagrażającym życiu. U ¼ chorych na nowotwory dróg moczowych jest pierwszym objawem rozwijającej się choroby. Najczęściej jest bagatelizowany przez chorego ponieważ nie jest przyczyną dolegliwości.

- ostre zatrzymanie moczu to brak możliwości oddania moczu przy uczuciu silnego parcia w podbrzuszu. Należy pamiętać, iż lekarz, po wprowadzeniu cewnika do pęcherza moczowego z powodu zatrzymania moczu powinien dokonać palpacyjnej oceny gruczołu krokowego.

- niedrożność górnych dróg moczowych jest wywołana przez rozwój nowotworu pęcherza moczowego, gruczołu krokowego, szyjki, trzonu macicy czy jajnika. Lecząc chorych z powodu w/w nowotworów zawsze powinniśmy pamiętać, iż mogą być one przyczyną stopniowego zwężenia światła moczowodu/ moczowodów w jego przypęcherzowym odcinku. Konsekwencją nacieku ściany moczowodu jest poszerzenie układu kielichowo-miedniczkowego i/lub moczowodu powyżej przeszkody, w skrajnych przypadkach niewydolność nerki/nerek.

Jedną z konsekwencji rozwoju nowotworu są przetoki pomiędzy narządami jamy brzusznej i/lub skórą. Przetoki układu moczowego, których przyczyną jest nowotwór rzadko zamykają się w trakcie leczenia zachowawczego. Zwykle leczenie chirurgiczne poprzedzone jest skojarzonym leczeniem nowotworu. Na wynik leczenia chirurgicznego wpływa wiele czynników.

ODMA OPŁUCNOWA

J. Kozak¹

1 - Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Rehabilitacji Oddechowej Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

Odma opłucnowa (pneumothorax) to obecność powietrza w jamie opłucnowa to obecność powietrza w jamie opłucnowej. Odmę opłucnową dzielimy na: samoistną, pourazową, jatrogenną. Częstość występowania odmy opłucnowej jest trudna do oszacowania. Obustronną odmę opłucnową stwierdza się w 10% przypadków. Objawy podmiotowe: ból w klatce piersiowej, duszność, kaszel, omdlenie. Objawy przedmiotowe: błądność/ sinica, sptyczenie oddechu, tachykardia, osłabienie szmeru pęcherzykowego, odgłos opukowy bębnowy, osłabienie mowy i drżenia głosowego. Wielkość i położenie odmy określa się w badaniach obrazowych: Rtg klatki piersiowej, CT, USG. Odległość pomiędzy blaszkami opłucnej ściennej i płucnej na poziomie wnęk określa wielkość odmy (1cm =25%, 2cm=50% pojemności jamy opłucnej). Stan ogólny chorych określa się w badaniach : EKG, pulsoksymetrii, gazometrii krwi, spirometria – mało przydatna.

Powikłania odmy opłucnowej: rozedma podskórna, rozedma śródpiersia, odma otrzewnowa, rozedma śródmiąższowa płuc, krwiak opłucnej.

Sposób leczenia zależy głównie od objawów, mniej od wielkości odmy. Leczenie może być zachowawcze, punkcja jamy opłucnej, drenażem lub operacyjne (VATS lub torakotomia). Ponadto do opłucnej można podawać środki prowadzące do zarośnięcia opłucnej (pleurodeza). W drenażu opłucnej wykorzystuje się różne systemy drenażowe: szklane, plastikowe, jednorazowe, z zastawką wodną, suche, czy systemy elektroniczne „Topaz”. U chorych niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego stosuje się drenaż z pleurodezą chemiczną lub ambulatoryjny drenaż z zastawką Heimlicha.

Odmę należy różnicować z rozedmą pęcherzową płuc. Nawrót odmy zależy od stanu mięszu płucnego, sposobu leczenia i wynosi od 30% przy leczeniu zachowawczym do 1-5% po leczeniu chirurgicznym. Leczeniu odmy powinna towarzyszyć rehabilitacja oddechowa.

OPERACYJNE LECZENIE NERWIAKÓW OKOLICY KĄTA MOSTOWO-MÓZDŻKOWEGO ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM FUNKCJI NERWU TWARZOWEGO PO OPERACJIP. Kunert¹, A. Marchel¹

1 - Klinika Neurochirurgii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Cel: jest prezentacja ogólnych wyników leczenia operacyjnego ostroniaków nerwu przedstonkowego (ONP) ze szczególnym uwzględnieniem funkcji nerwu twarzowego (N.VII).

Materiał i metody: Analizę retrospektywną objęto kolejnych 220 chorych operowanych z powodu sporadycznych ONP. U 217 wykonano makroskopowo całkowitą, a u 3 prawie całkowitą resekcję guza. Wynik leczenia był oceniany w dniu wypisu oraz w terminie odległym, tj. po minimum 6 miesiącach od operacji. Wynik zadowolający funkcji N.VII definiowano jako I°-III° w skali House'a-Brackmanna (HB).

Wyniki: Jeden pacjent zmarł po operacji w następstwie udaru pnia mózgu, jeden pacjent w dniu wypisu był niesamodzielny z powodu zespołu mózdkowego. Pozostali (99%) byli wypisani w stanie zadowolającym. W okresie obserwacji średnio 6,4 roku 99% chorych zachowało samodzielność. Przebieg pooperacyjny był powikłany u 25% chorych. Trwałe następstwa neurologiczne powikłań obserwowano u 4% pacjentów. Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych zwiększają niezależnie większa objętość guza ($p=0,01$) oraz obecność objawów mózdkowych przed operacją ($p=0,02$). Duże znaczenie ma rosnące doświadczenie ośrodka: obserwowano stopniowy spadek ryzyka powikłań z 40% do 16% ($p=0,02$). Ryzyko przerwania ciągłości N.VII w czasie zabiegu wyniosło w całej serii 11%, przy czym wraz z nabywaniem doświadczenia ryzyko to spadło z 16% do 6% ($p<0,05$). Zadowolającą funkcję N.VII w terminie odległym, nie uwzględniając wyników zespołów nerwowych, uzyskano u 76%, natomiast łącznie z wynikami zespołów u 87% chorych. W czasie ostatnich 5 lat odsetek wyników zadowolających wzrósł do 94%. Niezależnym wpływem na wyniki odległe funkcji N.VII wykazały się: objętość ($p=0,005$), stopień ($p=0,04$) i strona lokalizacji guza ($p=0,0261$). Dodatkowo, stosowanie nimodypiny wykazało się niezależnym wpływem na występowanie wyników bardzo dobrych (I°-II°HB, $p=0,03$). Ryzyko odrostu ONP w analizowanej serii wyniosło 2,3% w okresie obserwacji średnio 6,4 roku.

Wnioski: Radykalne leczenie mikrochirurgiczne ONP oferuje obecnie wysokie bezpieczeństwo i skuteczność onkologiczną. Ryzyko śmierci oraz trwałych następstw neurologicznych, poza konsekwencjami twarzowo-słuchowymi, jest bardzo niskie. Wraz z nabywaniem doświadczenia odsetek zadowolających wyników funkcji N.VII poprawił się do poziomu 94%.

ZNACZENIE ROZBUDOWANYCH DOSTĘPÓW OPERACYJNYCH W LECZENIU NOWOTWORÓW CENTRALNEJ CZĘŚCI PODSTAWY CZASZKI

P. Ładziński¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Neurochirurgii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, Sosnowiec

Celem wystąpienia jest przedstawienie roli jaką odgrywają trzy rozbudowane dostępy operacyjne: czołowo-skroniowo-oczodołowo-jarzmowy, wewnątrzjamisty boczny i podskroniowy rozszerzony w operacyjnym leczeniu guzów nowotworowych centralnej części podstawy czaszki. Dostęp czołowo-skroniowo-oczodołowo-jarzmowy polega na wykonaniu kraniotomii pterionalnej i osteotomii górno-bocznego obramowania oczodołu wraz z częścią trzonu kości jarzmowej i łukiem jarzmowym. Dostęp ten daje wewnątrzoponowy wgląd w centralną część podstawy czaszki i przestrzeń powyżej niej w zakresie dołu międzykonarowego. Dostęp wewnątrzjamisty boczny, po zakończeniu kostnych etapów otwarcia, obejmuje zewnątrzoponowe rozwarstwienie ściany bocznej zatoki jamistej z wyeksponowaniem znajdujących się tam nerwów czaszkowych. Dostęp ten umożliwia poruszenia się w świetle zatoki jamistej i w jej otoczeniu. Dostęp podskroniowy rozszerzony, to kraniotomia skroniowa, czasowa repozycja łuku jarzmowego i resekcja skrzydła dużego kości klinowej. Dostęp ten daje zewnątrzoponowy wgląd w centralną część podstawy czaszki i przestrzeń poniżej niej w zakresie dołu podskroniowego i skrzydłowo-podniebiennego oraz trzonu kości klinowej.

W przypadku każdego z dostępów szczegóły techniki operacyjnej zostały zaprezentowane w oparciu o symulacje tych dostępów na nieutrwalonych zwłokach ludzkich, przeprowadzone w Pracowni Neuroanatomii Chirurgicznej Katedry Neurochirurgii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Również w przypadku każdego z dostępów zostały przytoczone przykłady ich praktycznego wykorzystania w oparciu o diagnostykę neuroobrazową przedoperacyjną i pooperacyjną, jak również podsumowania odpowiednich grup chorych leczonych z wykorzystaniem omawianych dostępów.

Wykazano, że powyższe dostępy ograniczają trakcję mózgu, skracają dystans do guza, możliwie szeroko go uwidaczniając, a jednocześnie stwarzają dogodne warunki do prawidłowego zamknięcia.

TĘPE OBRAŻENIA KLATKI PIERSIOWEJ

W. Rokicki¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej SUM, Zabrze

W Polsce rocznie około 3 500 000 osób ulega różnego rodzaju obrażeniom, z czego 300 000 wymaga leczenia szpitalnego. Wypadki komunikacyjne są przyczyną 40-70% wszystkich obrażeń w następnej kolejności idą wypadki w pracy (około 20%), upadki z wysokości, sport, ciężkie pobicia i sporty walki. Liczba osób zabitych i/lub rannych w kolizjach drogowych w Polsce wynosi 11,4 / 100 000, podczas gdy w UE to 7,5 osób/100 000 ludności. W Polsce liczba inwalidów spowodowana obrażeniami jest nadal wysoka i wynosi 13,3%, podczas gdy w krajach wysoko uprzemysłowionych waha się od 1,5 – 7,5%. Obrażenia klatki piersiowej są przyczyną 20-40% zgonów pourazowych zajmując trzecie miejsce za obrażeniami OUN i kończyn. Tępy uraz klatki piersiowej nadal stanowi poważne wyzwanie dla lekarza traumatologa, obarczony jest bowiem około 25 – 50% śmiertelnością. Izolowane tępe obrażenia klatki piersiowej to około 20% wszystkich jej obrażeń. W obrażeniach klatki piersiowej wykazano nie rozerwalną więź pomiędzy umieralnością szpitalną a: -wielkością zaburzeń oddechowych -wartością skurczowego ciśnienia tętniczego -wartością skal ciężkości obrażeń, -wiekiem chorych (zwłaszcza po 65 roku życia) -liczbą złamanych żeber (powyżej trzech) -chorobami współistniejącymi (zwłaszcza układu krążenia i oddechowego).

W dalszej kolejności omówiono zasady leczenia niektórych tępych obrażeń klatki piersiowej.

CURRENT RESIDENCY PROGRAMME, TRENDS AND DIRECTIONS FOR ITS EVOLUTION FROM THE PERSPECTIVE OF THE ASSOCIATION OF POLISH SURGEONS.M. Dobosz¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, COPERNICUS Podmiot Leczniczy, Gdańsk

W Polsce nabór rezydentów do jakiegokolwiek specjalizacji odbywa się jedynie na podstawie wyników Lekarskiego Egzaminu Końcowego, co zwłaszcza w chirurgii może prowadzić do rozczarowania dokonanych przez młodego lekarza wyborem. Wprowadzenie od niedawna system modułowego specjalizacji chirurgicznej, wzorem innych krajów europejskich, jest krokiem we właściwym kierunku. Dwuletni program modułu podstawowego z chirurgii obejmuje lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej, onkologicznej, dziecięcej, klatki piersiowej, naczyniowej i plastycznej. W programie szkolenia należy odnieść się krytycznie do nadmiernego obciążenia rezydentów obowiązkowymi kursami, zaś obowiązujące wymagania dotyczące wykonywanych procedur chirurgicznych będą trudne do wypełnienia i w porównaniu do innych krajów są zawyżone. Jednocześnie nie sposób nie zauważyć stosunkowo niewielkiej liczby obowiązkowych dyżurów, może to stanowić przeszkodę w braku nabycia niezbędnego doświadczenia w chirurgii ostrożykowej. W module specjalistycznym z chirurgii ogólnej program szkolenia rezydentów oparty jest na systemie punktacji i zaleceniach stworzonych przez UEMS, stanowiących podstawę do ubiegania się o przystąpienie do egzaminu europejskiego z chirurgii ogólnej. Spełnienie tych wymagań (między innymi minimum 375 procedur jako operator, łącznie z modułem podstawowym) czyni program porównywalnym z wymaganiami UEMS. W dużym kontraście przedstawia się z kolei program modułu specjalistycznego z chirurgii onkologicznej. Rezydent jest zobligowany wykonać samodzielnie przynajmniej 60 operacji onkologicznych przez cztery lata. Liczba ta jest dalece niewystarczająca dla osiągnięcia oczekiwanych po rezydenturze umiejętności operowania chorych. Trwa dyskusja na temat stworzenia, wzorem innych krajów europejskich, specjalizacji z chirurgii gastroenterologicznej/wisceralnej. Specjalizacja ta, po ukończeniu chirurgii ogólnej, obejmowała by zakres wykonywania zabiegów z dziedziny tzw. major abdominal surgery. Należy rozważyć zasadność istnienia specjalizacji z chirurgii onkologicznej w Polsce, specjalizacji nie istniejącej (poza Czechami) w innych krajach Unii Europejskiej.

PÓŹNO MANIFESTUJĄCA SIĘ WRODZONA PRZEPUKLINA PRZEPONOWA

M. Bałąj¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej i Urologii, Wrocław

Wrodzona przepuklina przeponowa jest w zdecydowanej większości przypadków wadą rozpoznawaną w okresie noworodkowym lub w okresie rozwoju prenatalnego. Istnieje niewielka grupa pacjentów obarczonych wadą przepony, u których jest ona rozpoznawana w okresie późniejszym. Późno manifestująca się wrodzona przepuklina przeponowa stanowi szczególny problem kliniczny dla chirurga, gdyż rzadkie występowanie i bardzo różnorodna prezentacja utrudniają ustalenie precyzyjnego rozpoznania.

W oparciu o przegląd piśmiennictwa medycznego oraz własne doświadczenia Kliniki Chirurgii Dziecięcej UM we Wrocławiu podjęto dokładną analizę aspektów klinicznych wrodzonej przepukliny przeponowej u dzieci i młodzieży w wieku powyżej 1 miesiąca życia. Ten wariant kliniczny wady stanowi około 10-13 % wszystkich przypadków wrodzonej przepukliny przeponowej. Blisko 80% wad zlokalizowanych jest po stronie lewej. Rzadziej występujące wady prawostronne manifestują się zasadniczo w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym. Cechą charakterystyczną wad po stronie prawej jest także ich częstsza przewlekła prezentacja kliniczna z objawami ze strony układu oddechowego. Wady lewostronne w ponad 60 % przypadków charakteryzują ostre objawy kliniczne. Nie ma ścisłej korelacji pomiędzy wiekiem i prezentacją kliniczną, ale małe dzieci częściej wykazują objawy ze strony układu oddechowego, natomiast u starszych pacjentów częściej odnotowywane są objawy ze strony przewodu pokarmowego. Powikłania wady wynikające z uszkodzenia przemieszczonych do klatki piersiowej trzewi odnotowywane są u ponad 12 % pacjentów. Nierzadkie są też powikłania jatrogenne wynikające z błędnego ustalenia wstępnego rozpoznania. U blisko 1/4 pacjentów błędnie interpretowany jest obraz radiologiczny zmian w obrębie klatki piersiowej. Zdecydowana większość chirurgów dziecięcych optuje za wyborem dostępu brzuszego w leczeniu operacyjnym. choć w ostatnich latach coraz bardziej popularne stają się techniki małoinwazyjne jak torakoskopia i laparoscopia.

Późno manifestująca się wrodzona przepuklina jest rzadkim schorzeniem, dlatego też rzadko jest uwzględniana w diagnostyce różnicowej schorzeń manifestujących się objawami ze strony układu pokarmowego i oddechowego. Opóźnione lub błędne rozpoznanie może prowadzić do poważnych powikłań.

ANTYBIOTYKOTERAPIA W CIĘŻKICH POWIKŁANIACH INFEKCYJNYCH WEWNĄTRZBRZUSZNYCHM. Bulanda¹

1 - Katedra Mikrobiologii UJ CM, Kraków

Zakażenia jamy brzusznej (zakażenia wewnątrzbrzusze- ZWB) są wywoływane głównie przez normalną florę przewodu pokarmowego, ale udział poszczególnych drobnoustrojów jest zróżnicowany i zależy od postaci klinicznej, lokalizacji i pochodzenia choroby. Proces zapalny jest spowodowany obecnością tych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym, ale największe znaczenie ma synergizm bakteryjny i zdolność translokacji bakterii z przewodu pokarmowego do światła jamy otrzewnej i zmienionych zapalnie narządów. Ropnie wewnątrzbrzusze są zwykle efektem synergistycznego działania pałeczek *Escherichia coli* z beztlenowcami, głównie *Bacteroides fragilis*, *Fusobacterium* i *Clostridium*. W warunkach choroby, urazu, w tym także operacji, zaburzeń odporności, supresji normalnej flory po leczeniu antybiotykami, dodatkowo przewód pokarmowy zostaje skolonizowany przez potencjalnie chorobotwórcze drobnoustroje, w tym szczepy *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, lub pałeczki jelitowe o znacznej oporności na antybiotyki. Zakażenia wewnątrzbrzusze występują najczęściej w postaci ropni w jamie otrzewnej, przestrzeni zaotrzewnowej, ropni narządowych i septycznych przetok.

Zasadniczą rolę w terapii odgrywa interwencja chirurgiczna mająca na celu opanowanie jego źródła, w połączeniu z właściwym leczeniem przeciwdrobnoustrojowym. Właściwe postępowanie lecznicze należy rozpocząć natychmiast po ustaleniu rozpoznania i przyczyny zakażenia. Każda godzina opóźnienia, również jeśli chodzi o podanie antybiotyku, zmniejsza szanse przeżycia chorego, u którego rozwinęło się ZWB. Jedyną możliwością jest rozpoczęcie właściwej antybiotykoterapii empirycznej, ponieważ w większości przypadków ZWB nie można sobie pozwolić na czekanie na wyniki badań mikrobiologicznych materiału, który w dodatku często można pobrać dopiero w trakcie zabiegu operacyjnego.

W leczeniu empirycznym (zdefiniowanym jako terapia polegająca na zastosowaniu antybiotyków o potwierdzonej skuteczności, obarczona ryzykiem niepowodzenia $\leq 30\%$), należy przestrzegać zasad, takich jak: przewidywane najczęstsze czynniki etiologiczne w danej postaci zakażenia, forma epidemiologiczna zakażenia (pozaszpitalne czy szpitalne), znajomość wrażliwości drobnoustrojów na oddziale czy w szpitalu oraz analiza czynników ryzyka u poszczególnych chorych. Uwaga! Tradycyjnie w leczeniu empirycznym ZWB w ramach leczenia pierwszego rzutu kojarzono aminoglikozyd z metronidazolem lub klindamycyną. Obecnie takie postępowanie nie jest uważane za właściwe.

REPLANTACJE RĘKI I KOŃCZYNY GÓRNEJ – WYZWANIA I GRANICE.

A. Chrapusta¹, K. Małek¹, K. Odrowąż - Pieniążek¹, M. Nessler², M. Stala³

1 - "Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej / Oddział Oparzeń ", Kraków

2 - Małopolskie Centrum Oparzeniowo-Plastyczne, SS im. L. Rydygiera w Krakowie, Kraków

3 - Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Kraków

WSTĘP: Wskazaniem do replantacji w obrębie ręki i kończyny górnej jest amputacja gilotynowa. Jednak najczęstszym mechanizmem w wyniku którego dochodzi do dewaskularyzacji lub utraty kończyny jest piła tarczowa, która oprócz przecięcia struktur powoduje różnego stopnia poszarpanie tkanek. Urazy ze zmiżdżeniem części tkanek są książkowym przeciwwskazaniem do replantacji. Prawidłowy transport amputatu z zapewnieniem zimnego niedokrwienia, wydłuża bezpieczny czas od urazu do operacji i zwiększa szansę na powodzenie. W przypadku konieczności transportu pacjenta z odległego miejsca do ośrodka replantacyjnego, koronną rolę odgrywa Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W wielu wypadkach chirurgia plastyczna próbuje dać szansę pacjentowi pomimo teoretycznego braku szans na powodzenie, co jest szczególnie istotne w wypadku ludzi młodych. Niemniej jednak niewielka liczba ośrodków replantacyjnych skupiająca nielicznych specjalistów posiadających umiejętności zespolenia naczyń krwionośnych o średnicy mniejszej niż 1 mm, nie pozwala na zapewnienie ratunku wszystkim poszkodowanym. Celem pracy jest przedstawienie wyników replantacji wykonanych w Krakowie ramach dyżurów replantacyjnych .

MATERIAŁ I METODY: Materiał kliniczny pracy stanowią wybrani pacjenci, których wykonano replantację, z uwzględnieniem zabiegów wykonanych pomimo przeciwwskazań do replantacji. Przedstawioną grupę stanowią zarówno dzieci jak i dorośli z całkowitą lub prawie całkowitą amputacją. **WNIKI I WNIOSKI:** Wieloletnia tradycja replantacyjna w Krakowie pozwoliła na osiągnięcie zadawalających wyników przeżycia kończyn również w amputacjach z brakiem wskazań do replantacji. Połączenie doświadczenia rekonstrukcyjnego z umiejętnościami mikrochirurgicznymi niejednokrotnie pozwala na powodzenie również w beznadziejnych sytuacjach. Bez wsparcia płatnika i organizacji rządowych nie ma możliwości zapewnienia pomocy wszystkim pacjentom pomimo istnienia kilku ośrodków replantacyjnych, które samodzielnie próbują rozwiązać problem pacjentów po dramatycznych, trwale okaleczających urazach amputacyjnych.

CHIRURGIA REKONSTRUKCYJNA GŁOWY I SZYI – WYBRANE ZAGADNIENIA.A. Chrapusta¹, R. Mądry²

1 - Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej/ Oddział Oparzeń, Kraków

2 - Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Łęczna

WSTĘP: Zabiegi rekonstrukcyjne w obrębie głowy i szyi są ogromnym wyzwaniem zwłaszcza w leczeniu ciężkich oparzeń i ich konsekwencji. Szczególnym przykładem tych trudności są oparzenia prądem wysokiego napięcia. Przy odsłonięciu kości o dodatkowo niepewnej żywotności zawodzą klasyczne metody zamknięcia rany przeszczepem skóry pośredniej grubości. Jeżeli dodatkowo zniszczeniu ulega kość, problem staje się szczególnie trudny. Towarzyszące oparzenie twarzy niesie w konsekwencji deformacje i wtórne przykurcze pooparzeniowe, które wywierają wpływ zarówno na funkcjonowanie pacjenta w środowisku jak i na jego stan psychiczny. Przykurcze wzrostowe są konsekwencją oparzeń wieku dziecięcego. Chirurgia rekonstrukcyjna z zastosowaniem plastyk miejscowych, substytutów skóry właściwej czy wolnych unaczynionych kompleksów tkankowych, stanowi szeroką choć nie zawsze satysfakcjonującą gamę narzędzi w rękach chirurgów. W leczeniu zarówno ostrym ran oparzeniowych głowy jak i podczas wtórnych rekonstrukcji wykorzystywane są zdobyte biotechnologii oraz doświadczenia szczytu drabinki rekonstrukcyjnej jakimi są zabiegi mikrochirurgiczne.

MATERIAŁ I METODY: Materiał kliniczny niniejszej pracy przedstawia oparzenia termiczne i elektryczne głowy i szyi zarówno u dzieci jak i u dorosłych. Przedstawione są propozycje leczenia wczesnego oparzeń głowy jak i wtórne rekonstrukcje pooparzeniowe z uwzględnieniem wad i zalet rekonstrukcji mikrochirurgicznych. Szczególna uwaga poświęcona jest skrajnie ciężkim oparzeniom termicznym i elektrycznym głowy, z wykorzystaniem własnej modyfikacji rozległej plastyki „banana peel” Orticochei.

WNIKI I WNIOSKI: Uzyskanie zadawalających wyników zarówno w trakcie leczenia wczesnego oparzeń jak i w korekcjach wtórnych deformacji i przykurczów pooparzeniowych zależy w dużej mierze od doboru techniki chirurgicznej. Wolne unaczynione płaty mięśniowe, skórno-powięziowe, arterializowane czy rozległe plastyki płatowe czepeca jak i zastosowanie Integry DRT, stanowią cenne narzędzie w rękach chirurgów plastycznych.

MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY FOR CANCER IN THE NETHERLANDS

M. Cuesta¹

1 - Department of Surgery VU Medical Centre, Amsterdam, Holandia

Minimally invasive surgery for esophageal cancer (MIE) is performed in the Netherlands since 1999. Firstly it was used for distal esophageal cancer by the transhiatal laparoscopic approach. From 2004 the transthoracic approach, first in right lateral position and thereafter in prone position, has been increasingly used. In the last national audit (DUCA 2014), MIE has been used in 70% of all esophageal cancers resected in the Netherlands, probably the number one in the world. Reasons for this important increase is the conviction in the Netherlands that Minimally Invasive Surgery (MIS) for all digestive cancers will have important advantages in the short term whereas no disadvantages concerning oncological parameters has been found on the long term (overall and disease free survival, and local recurrence).

The reason to adopt this policy is based on three factors: 1) the outcome of the TIME trial, 2) the teaching program of MIE in the Netherlands and 3) the clear advantages of the use of neoadjuvant therapy obtained by the CROSS trial.

Moreover, it is also clear that the general advantages of the MIS such as better visualization, the obtained magnification and the absence of big incisions (abdomen and thorax) and better teaching programs for residents and young surgeons in the Netherlands have contributed to it.

OTWARTE TECHNIKI ZAOPATRZENIA PRZEPUKLIN POOPERACYJNYCH I BRZUSZNYCHS. Dąbrowiecki¹

1 - UMK CM, Bydgoszcz

Częstość występowania przepuklin pooperacyjnych nie zmieniała się od 50 lat i przeciętnie wynosi około 15% wszystkich chorych, u których zachodzi konieczność otwarcia jamy brzusznej i 30-50 % nawrotów po pierwotnym zabiegu naprawczym. Podstawowymi przyczynami powstawania przepuklin brzusznych, oprócz błędów technicznych przy zamykaniu jamy brzusznej (zbyt duża odległość między szwami, nadmierne napięcie szwów, krwiaki w ranie pooperacyjnej), są: zakażenia rany pooperacyjnej, nadmierne działanie tłoczni brzusznej (wymioty, niedrożność pooperacyjna, kaszel, czkawka), przebieg i rozmiar cięcia powłok brzusznych, otyłość, zaawansowany wiek chorego, cukrzyca, choroby nowotworowe, choroby płuc, zmniejszona wartość tkanki łącznej. Głównym celem leczenia operacyjnego jest odnowienie funkcji ściany brzucha (utrzymanie trzew wewnątrz jamy brzusznej, udział w oddychaniu i krążeniu żylnym). Sposoby zaopatrzenia przepuklin pooperacyjnych są liczne i powinny być stosowane w zależności od zmian anatomicznych i fizjopatologicznych stwierdzanych przed- i w trakcie zabiegu operacyjnego. Proste zeszyście lub autoplastyka ściany brzusznej poprzez wypreparowanie w granicach zdrowych wrót i zeszyście warstwowe jest ograniczone do ubytków o średnicy <5-7 cm. Wykorzystanie mięśni lub powięzi otaczających wrota (zdzwajanie powięzi, odwracanie blaszek pochewek) - nie mają obecnie zastosowania, gdyż obarczone są nieakceptowalnym odsetkiem niepowodzeń. Autoplastyka i zastosowanie tkanki autogennej (płat skórny, płaty skórne uszypułowane, powięź szeroka uda), protezy z tkanki homogennej (powięź, opona twarda) – są metodami historycznymi. Obecnie postępowanie polega na optymalizacji stanu pacjenta (kondycja ogólna, zwiększona tolerancja wysiłku fizycznego, redukcja nadwagi, rehabilitacja układu mięśniowego, oddechowego, itd). Śródoperacyjnie niweluje się napięcie tkankowe w miejscu rekonstrukcji ściany brzucha (m. in. met. Ramireza) oraz wzmacnia miejsca zeszyścia tkanek implantem syntetycznym. Jest mnóstwo siatek i łąt chirurgicznych, acz od zastosowania materiałów lekkich i biologicznych nie ma w tym zakresie przełomu. Mnogość czynników wpływających na wynik leczenia powoduje, że trudna jest standaryzacja postępowania. Podczas światowego zjazdu w Mediolanie podkreślono, że płonne są nadzieje na rozstrzygające dane z RCT. Z powrotem nabiera znaczenia indywidualne doświadczenie chirurgów, którzy muszą weryfikować swoje metody postępowania poprzez śledzenie losów operowanych pacjentów.

DOŚWIADCZENIA Z ZASTOSOWANIA WENTYLACJI STRUMIENIOWEJ O WYSOKIEJ CZĘSTOTLIWOŚCI W LECZENIU URAZÓW KLATKI PIERSIOWEJ (HFJV) W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM.A. Domanasiewicz¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital im. Świętej Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy, Trzebnica

Prawidłowa oksygenacja jest jednym z priorytetów leczenia wstrząsu urazowego. Urazy klatki piersiowej, CUN i kręgosłupa, przepony, jamy brzusznej zaburzą mechanikę oddychania i eliminację CO₂. Do niewydolności miąższowej i hipoksemii prowadzą stłuczenie płuc, obrzęk, niedodma i ARDS. Uwalniane w ogólnoustrojowej reakcji pourazowej mediatory zapalne prowadzą do ostrej niewydolności oddechowej. Tlenoterapia bierna u pacjentów pourazowych z zachowanym oddechem własnym, zwłaszcza z towarzyszącym urazem klatki piersiowej bywa niewystarczająca dla utrzymania SatO₂, z powodu często rozwijającej się mieszanej wentylacyjno-miąższowej niewydolności oddechowej wymagającej wentylacji mechanicznej. Problem ten dotyczy szczególnie pacjentów „z pogranicza”, o formalnie zachowanej własnej akcji oddechowej, a niespełniających warunków przyjęcia na OIT.

Celem terapii jest przy tym utrzymanie oksygenacji przy możliwie najniższym szczytowym ciśnieniu wdechowym ze względu na podatność uszkodzonej tkanki płucnej na barotraumę z równocześnie utrzymanym PEEP dla rekrutacji pęcherzyków płucnych. Mało znaną alternatywą uniknięcia niewydolności oddechowej i wspomagania wentylacji szczególnie cenną dla medycyny ratunkowej i chirurgii urazowej jest wentylacja strumieniowa o wysokiej częstotliwości (HFJV), dotychczas stosowana w intensywnej terapii noworodków (RDS). Częstotliwość wynosi 110-600 oddechów na minutę, a stosowane objętości oddechowe (2-4ml/kg) są mniejsze niż anatomiczna przestrzeń martwa. Kliniknym efektem zastosowania HFJV jest szybka poprawa oksygenacji, likwidacja ognisk niedodmy, mobilizacja wydzieliny i spadek ciśnienia śródczaszkowego. Zaletami metody są: brak konieczności sedacji i intubacji pacjenta, dobrze tolerowana przez pacjentów z uszkodzeniami klatki piersiowej, możliwość stosowania podczas CPR, skutecznej wentylacji u pacjentów przysypanych, z unieruchomioną klatką piersiową, unikatowa metoda sekretolizy – ekspulsji umożliwiająca toaletę drzewa oskrzelowego, możliwość stosowania podczas badań MR oraz bezpieczeństwo i prostota obsługi. Celem doniesienia jest przedstawienie naszych doświadczeń z zastosowaniem prostego respiratora HFJV w leczeniu urazów klatki piersiowej i płuc oraz opiece pooperacyjnej dorosłych.

RZADKIE CHOROBY TĘNIC – CO CHIRURG OGÓLNY MUSI WIEDZIEĆ

A. Dorobisz¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wrocław

Został odnotowany znaczny postęp w diagnostyce i leczeniu chorób naczyń. Powiększający się zakres możliwości chirurgii naczyniowej w leczeniu niedokrwienia i tętniaków. Coraz częstsze są urazy tętnic związane z wypadkami komunikacyjnymi, uprawianiem sportu. Nowe metody operacyjne, techniki endowaskularne, zabiegi hybrydowe czy też farmakoterapia powoduje znaczne zmiany w myśleniu lekarzy i pacjentów. Dumą leczących są możliwości techniczne którymi dysponują, poczucie pewności wykonywanego zawodu. Rozwój odnotowuje się w zakresie chorób układu żylnego-coraz lepiej i częściej rozpoznawane są dotychczas mało znane patologie. Dzięki postępowi technicznemu wprowadzono metody inwazyjne pozwalające wyleczyć, zwiększyć komfort życia pacjentów. Trudnym problemem jest tętniak tętnicy szyjnej, jej rozwarstwienia-każdy tętniak tętnicy szyjnej jest inny, wybór metody zaopatrzenia powinien być rozpatrywany indywidualnie. Rozpoznanie bywa trudne, zwłaszcza różnicowe, ważnym jest aby chorzy po poważnych urazach szyi mieli wykonane USG tętnic szyjnych, angioTK. Być może właśnie ten sposób postępowania będzie mieć wpływ na losy chorych.

Zespołu przekrwienia miednicy małej u kobiet może stanowić znaczny problem zarówno kliniczny jak diagnostyczny i terapeutyczny. Brak jest jednoznacznych kryteriów kwalifikujących pacjentki do leczenia. Niewydolność żył jajnikowych doprowadza do obrzęku narządów miednicy, powstają tępe bóle podbrzusza w trakcie miesiączek, uniemożliwiają pracę, funkcjonowanie (bóle po wysiłkach, częstomocz, dyskomfort w zakresie odbytnicy, unikają zbliżeń seksualnych ze względu na bóle). Po embolizacji żył jajnikowych uzyskuje się całkowite lub niemal zupełne ustąpienie objawów bólowych. Niekiedy konieczne bywa wieloetapowe leczenie obejmujące także zabiegi operacyjne żyłaków -w tym sromu.

Tętniaki układu żylnego (TŻ) rozpoznawane są rzadko, szczególnie bezobjawowe-wystąpienie zatorowości płucnej często stanowi pierwszy objaw. Stwierdzone są 2-3-krotnego poszerzenia światła naczynia, często z obecnością materiału zakrzepowego. Wykrywane są najczęściej w trakcie rutynowej diagnostyki USG (bezobjawowy TŻ), zatorowość płucna o ile nie wykaże się innej przyczyny nasuwa podejrzenie tętniaka żylnego. W leczeniu TŻ nie ma standardu postępowania. Ma to związek ze stosunkowo niską epidemiologią, różnorodnością umiejscowienia, trudną do ustalenia etiologią pierwotną i wtórną, budową anatomiczną, współistniejącymi chorobami dodatkowymi.

OPTIMALIZACJA LAPAROSKOPOWEJ FUNDOPLIKACJI NA PODSTAWIE WŁASNEGO DOŚWIADCZENIA

J. Dzielicki¹, S. Czudek¹, M. Głąb¹, A. Dzielicki¹, G. Nocoń²

1 - Oddział Chirurgii Szpital św. Rocha EMC, Ozimek

2 - Oddział Chirurgii, Knurów

Wstęp: Laparoskopowa fundoplikacja stała się rutynową procedurą leczenia operacyjnego pacjentów z uciążliwym i udokumentowanym refluksem żołądkowo-przełykowym (GERD). Chociaż wiele publikacji wskazuje na równą skuteczność pełnej i częściowej fundoplikacji, detale techniki i zdobywane doświadczenie mogą wpłynąć na efekt leczenia.

Cel pracy: ocena, na podstawie własnego doświadczenia, wartość różnych technik fundoplikacji i ich wpływu na wyniki .

Metodyka: W latach 1996- 2008 wykonano 1101 fundoplikacji różnymi technikami (1002 Toupet z przecięciem naczyń krótkich, 44 Nissen, 55 Nissen- Rosetti) „**grupa A**”. Od 2009 wykonano 1124 fundoplikacji jednolitą techniką opartą na założeniach Toupet'a z minimalną dyssekcją okolicy wpustu i zszyciem odnóg „**grupa B**”. Wszystkie operacje były wykonane osobiście lub pod nadzorem jednego z chirurgów co daje gwarancję jednolitej techniki operacyjnej.

Porównano czas wykonywania zabiegu , efekt leczenia tj. cofnięcie objawów GERD, oraz zdarzenia niepożądane: jak zaburzenia połykania, zaburzenia czynnościowe jelit, nawrót choroby, nawrót przepukliny.

Wyniki: Nie było zgonów w obu grupach. Czas wykonywania zabiegu: „grupa A” 45-120, śr.55 min, „grupa B” 25- 100, śr.45min. Cofnięcie objawów GERD: „grupa A”-1054(95,7%), „grupa B” 1121(99,7%). Przejściowe zaburzenia połykania: „ grupa A”- 110 (10%), „grup B” - 8 (0,7%). Dysfagia wymagająca relaparoskopii „ grupa A”-2 (jeden w innym ośrodku) „grupa B”-2 (jeden-bez zaburzeń- brak psychicznej akceptacji zabiegu,). Zaburzenia czynnościowe jelit (wzdęcia, przejściowe biegunki) grupa A- 65 (6%), „grupa B”-10(0,9%). Nawrót przepukliny „grupa A”- 8 (0,7%) „grupa B”-2 (przepuklina typ III)

Wniosek:1.Fundoplikacja, niezależnie od techniki operacyjnej, daje korzystne efekty terapeutyczne GERD. 2. Minimalna dyssekcja okolicy wpustu oraz niepełna fundoplikacja zmniejsza pooperacyjne zdarzenia niepożądane oraz skraca czas zabiegu.

LECZENIE ZAPALENIA UCHYŁKÓW JELITA GRUBEGO – PUNKT WIDZENIA CHIRURGA.A. Dziki¹, M. Mik¹, M. Spychalski¹, R. Trzciniński¹, Ł. Dziki¹, J. Buczyński¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego, Łódź

W powszechnie stosowanym podziale klinicznym rozróżnia się bezobjawową uchyłkowatość okrężnicy, objawową niepowikłaną chorobę uchyłkową, zapalenie uchyłków i jego powikłania. Do opisu stadiów ostrego zapalenia uchyłków przebiegającego z perforacją używana jest czterostopniowa klasyfikacja Hinchey'a, oprócz niej stosuje się klasyfikację Hansena i Stocka (1998 r.) oraz Ambrosettiego (2002 r.).

Nadal aktualne jest stwierdzenie, że leczenie chirurgiczne pacjentów z uchyłkowatością okrężnicy powinno być ograniczone do chorych z powikłanym zapaleniem uchyłków. Wybór metody zabiegowej jak i rodzaj wykonywanej operacji opiera się w dużej mierze na stadium zaawansowania ostrego zapalenia uchyłków opartego na skali Hinchey'a. Częstość występowania zapalenia uchyłków w stopniu I-IV wg klasyfikacji Hinchey'a wynosi od 3,5 do 4 / 100 000 / rok.

Dotychczas uważano, że po dwóch epizodach niepowikłanego zapalenia uchyłków lub po jednym epizodzie powikłanego zapalenia uchyłków powinna być wykonana planowa resekcja jelita grubego. Miało to na celu zmniejszenie ryzyka powikłań w przypadku kolejnego nawrotu choroby. Nawrotowe zapalenie uchyłków występuje jednak bardzo rzadko, nie potwierdzono także zwiększonego ryzyka powikłań przy kolejnych nawrotach zapalenia. Decyzja o planowej resekcji esicy powinna być podjęta u chorych z obecnością przetok. U pacjentów bez przetok decyzja ta musi być oparta o nasilenie objawów i ich uciążliwość, która w znacznym stopniu pogarsza jakość życia chorych. Wskazania do operacji w trybie pilnym są uzależnione głównie od obecności ogólnych objawów toksemii. Pamiętać jednak trzeba o chorych z grup podwyższonego ryzyka perforacji esicy na podłożu zapalenia uchyłków: chorzy poddani przewlekłej immunosupresji, steroidoterapii, pacjenci z POChP, chorzy z zaawansowaną niewydolnością nerek. Operacja Hartmanna nadal pozostaje zabiegiem z wyboru w przypadku kałowego zapalenia otrzewnej, wykonanie pierwotne zespolenia można rozważyć u chorych w stadium III wg Hinchey'a. Należy także pamiętać, że w grupie chorych po epizodzie powikłanego zapalenia uchyłków ryzyko zdiagnozowania raka jest kilkadziesiąt razy większe niż w populacji ogólnej. Ze względu na czystość onkologiczną zabieg resekcyjny w trybie pilnym powinien być ograniczony jedynie do niewielkiej grupy pacjentów.

Kilka lat temu zaczęto stosować laparoskopowe płukanie jamy otrzewnej w celu zmniejszenia liczby operacji Hartmanna w ropnym zapaleniu otrzewnej w przebiegu powikłanego zapalenia uchyłków esicy. Część autorów uważa, że może to być pomost do planowej operacji. Istnieją jednak kontrowersje dotyczące tej metody, ze względu na istniejące duże ryzyko reoperacji i związanych z nią powikłań. Techniki laparoskopowe planowe ale także laparoskopowe płukanie jamy otrzewnej mogą być wykorzystywane w leczeniu chorych z powikłanym zapaleniem uchyłków, jednak jedynie w ośrodkach posiadających duże doświadczenie w stosowaniu tych technik.

POWTÓRNE WCZESNE OPERACJE CHIRURGICZNE PO ZESPOLENIACH ODBYTNICY I OKRĘŻNICY

A. Dzik¹, M. Sychalski¹, R. Trzciniński¹, Ł. Dzik¹, M. Mik¹, J. Buczyński¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego, Łódź

Powtórne operacje po zabiegach kolorektalnych wiążą się z dużym ryzykiem wystąpienia ciężkich powikłań, które nierzadko prowadzą do zgonu pacjenta. W prezentowanej pracy omówiono najczęstsze przyczyny powtórnych operacji w grupie chorych operowanych z powodu raka jelita grubego. Szczegółowo omówiono czynniki ryzyka, diagnostykę oraz leczenie nieszczelności zespoлей kolorektalnych. Z uwagi na ciężkość tego powikłania oraz skutki odległe dla chorego, minimalizacja ryzyka nieszczelności zespolenia powinna być celem nadrzędnym w każdym oddziale zajmującym się leczeniem chorych na raka jelita grubego. W pracy omówiono również rolę endoskopii zabiegowej w leczeniu nieszczelności zespolenia oraz krwawieniu z zespolenia. Rola technik małoinwazyjnych w leczeniu ciężkich powikłań po operacjach kolorektalnych zyskuje coraz większą popularność i jest warta polecenia.

PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ W LECZENIU RAKA JELITA GRUBEGO

A. Dziki¹, M. Mik¹, Ł. Dziki¹, J. Buczyński¹, R. Trzeciński¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego, Łódź

Chirurgia chorych z rakiem jelita grubego pomimo ciągłego postępu technik chirurgicznych i poprawy opieki okołoperacyjnej wiąże się wciąż z dość wysokim ryzykiem wczesnych i późnych powikłań. Do najpoważniejszych wczesnych powikłań należą: powikłania infekcyjne (w tym przede wszystkim nieszczelność zespolenia), powikłania narządowe, ogólnoustrojowe a także powikłania czynnościowe. Odsetek śmiertelności okołoperacyjnej waha się w granicach 1,5-3,5%; nieszczelności zespolień 4-9%. Wartości te zależą od wielu czynników, w dużej mierze także od doświadczenia ośrodka. Profilaktyka powikłań pooperacyjnych powinna rozpocząć się już w chwili rozpoznania choroby i kwalifikacji chorego do operacji. Czas jakim zwykle dysponujemy od chwili rozpoznania raka jelita grubego do daty planowego zabiegu pozwala ocenić stan odżywienia chorego i ryzyko okołoperacyjne z nim związane (Nutritional Risk Score) i daje możliwość modyfikacji stylu życia pacjenta. Te działania wpływają na zmniejszenie powikłań pooperacyjnych dotyczących przede wszystkim powikłań układu krążenia i oddechowego.

Przed operacją należy przeprowadzić wnikliwą ocenę ryzyka okołoperacyjnego stosując dostępne skale: Colorectal - Physiological & Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity (CR-POSSUM) lub skalę oceny ryzyka Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI). Oba te narzędzia pomagają dość dokładnie przewidzieć ryzyko śmiertelności okołoperacyjnej.

Colon Leakage Score (CLS) jest narzędziem wykorzystywanym do oceny ryzyka nieszczelności zespolenia w raku odbytnicy i raku lewej połowy okrężnicy. Może być ono zastosowane jako pomoc w podjęciu decyzji o wyłonieniu ileostomii protekcyjnej.

Stosowanie zaleceń i standardów dotyczących terapii p-zakrzepowej i p-bakteryjnej podczas przygotowania chorego do operacji jelita grubego musi być bezwzględnie stosowane przed każdym zabiegiem.

Prawidłowa technika operacyjna pozwala uniknąć powikłań śródoperacyjnych, część z nich wpływa nie tylko na wczesne ale i odległe wyniki leczenia. Przykładem może być jatrogenne uszkodzenie śledziony i wykonana z tego powodu splenektomia, która wpływa na krótsze przeżycie chorych. Podobnie jest ze śródoperacyjną utratą krwi, której objętość wpływa na wczesne i odległe wyniki leczenia. Stosowanie technik oszczędzania nerwów (nerve sparing technique) w przypadku chorych z rakiem odbytnicy to profilaktyka zaburzeń układu moczowo-płciowego. Doświadczenie ośrodka oraz liczba wykonywanych rocznie zabiegów operacyjnych to udowodnione czynniki niezależnie wpływające na zmniejszenie liczby powikłań i poprawę odległych wyników leczenia chorych z rakiem jelita grubego. Monitorowanie chorych po operacji z wykorzystaniem parametrów biochemicznych (głównie CRP) i dostępnych skal (Modified Dulk Score), pozwala na wcześniejsze wykrycie nieszczelności zespolenia jelitowego w okresie pooperacyjnym, co ma wpływ na zmniejszenie odsetka poważnych powikłań z nią związanych.

Znajomość ryzyka powikłań a przede wszystkim konsekwencji wystąpienia powikłań to cecha doświadczanego chirurga. Każdy element, który może wpłynąć na zmniejszenie tego ryzyka powinien być wykorzystywany już od momentu rozpoznania choroby aż do zakończenia leczenia.

PRZETOKI PĘCHERZOWO-JELITOWE

Ł. Dziki¹, M. Mik¹, J. Buczyński¹, R. Trzciniński¹, M. Spychalski¹, A. Dziki¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego, Łódź

Przetoki jelitowo-pęcherzowe to dość nietypowe i rzadkie schorzenie. Najczęściej są one następstwem przebytego zapalenia uchyłków, choroby Leśniowskiego-Crohn'a, guzów okrężnicy, przebytych operacji, stosowania radioterapii oraz urazów. Powikłaniem przetoki może być między innymi powtarzająca się urosepsa, zagrażająca życiu chorego. Leczenie zarówno zachowawcze, jak i chirurgiczne jest często nie lada wyzwaniem dla lekarza, gdyż nieprawidłowo leczona przetoka jelitowo-pęcherzowa może prowadzić do bardzo poważnych i zagrażających życiu chorego powikłań takich jak zapalenie otrzewnej, w tym zapalenie spowodowanego wyciekami moczu z pęcherza. W pracy przedstawione zostaną sposoby powstępowania leczniczego. Postaramy się rozstrzygnąć problem – kto i jak powinien leczyć takich chorych – czy chirurg, a może urolog? aby nie doszło do nawrotu przetoki. Poza leczeniem chirurgicznym i resekcją fragmentów organów istnieją inne mniej inwazyjne metody leczenia które zostaną przedstawione w prezentacji. Najlepszym sposobem leczenia przetok jelitowo-pęcherzowych jest resekcja fragmentu jelita z przetoka oraz zespolenie koniec do końca, jednakże istnieją prace opisujące lepsze wyniki leczenia po 2 etapowym leczeniu chirurgicznym, czyli najpierw wyłaniając stomię, a w kolejnym etapie resekcja jelita z zespoleniem. Autorzy przedstawiają ponadto własne wyniki leczenia chorych z przetokami jelitowo-pęcherzowymi powstałych na skutek choroby uchyłkowej oraz choroby Crohn'a.

AUTOTRANSPLANTACJA KOMÓREK MACIERZYSTYCH TKANKI TŁUSZCZOWEJ W LECZENIU OWRZODZEŃ TROFICZNYCH W STOPIE CUKRZYCOWEJR. Grendziak¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

Aim: Adipose tissue could be one of the most suitable cell sources for cell therapy. The report presents the preliminary results of the use of adipose tissue stem cells in the treatment of chronic diabetic foot ulcers.

Methods: Adipose tissue was harvested by aspiration after infiltration by local anesthetic and tumescend isotonic solution. Stem and regenerative cells were separated using closed and fully automated system CELLUTION 800 from Cytori Therapeutics USA. Cell suspension concentrate volume of 5 ml was implanted to subcutaneous tissue around the wound and the wound bed. The phenotype of the cells obtained was determined immediately after separation and after 7 days of culture on RPMI with 10% fetal calf serum.

Patients: 22 patients, 14 men and 7 women; mean age 60,2 +/- 5,64y; with diabetic foot syndrome. After autotransplantation all patients were 6 months of follow-up and received standard local and general treatment.

Results: The preparation obtained from the separator contained an average of $5,6 \times 10^6 \pm 4 \times 10^6$ cells. The phenotype of the cells was determined after separation (CD45 25,52% +/- 7,94; CD31 22,83% +/- 13,47; CD34 59,33% +/- 28,45; CD133 0,5% +/- 0,84; CD146 18,83% +/- 16,66; CD105 28,5% +/- 25,99; CD90 55% +/- 27,84) and after 7 days of culture (CD45 7,4% +/- 10,59; CD31 8,4% +/- 11,84; CD34 34,8% +/- 27,69; CD133 0,0%; CD146 16,8% +/- 2,17; CD105 81,25% +/- 34,18; CD90 93,8% +/- 9,55)

Clinical results: In patients with diabetic foot improvement was observed in 77,3% : 8 completely healed and 9 with >50% reduction of ulcer area. 5 patients there was no improvement and 2 presented progression of necrotic changes resulting in amputation. In patients responding to the regenerative therapy healing acceleration were observed to 10-12 weeks after autotransplantation.

Conclusion: Autotransplantation of adipose tissue stem cells is a promising treatment for diabetic foot ulcers, however with transient effect after the single autotransplantation. The use of cultured stem cells seems to be a good continuation of the current clinical study.

This publication is part of project „Wrovasc – Integrated Cardiovascular Centre”, co-financed by the European Regional Development Fund, within Innovative Economy Operational Program, 2007-2013

AUTOTRANSPLANTACJA KOMÓREK PROGENITOROWYCH TKANKI TŁUSZCZOWEJR. Grendziak¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocławiu

Cel: tkanka tłuszczowa może być jedną z najbardziej odpowiednich źródeł komórek regeneracyjnych terapii komórkowej. Raport przedstawia wstępne wyniki wykorzystania komórek macierzystych tkanki tłuszczowej w leczeniu przewlekłych owrzodzeń żylnych.

Metody: Tkanka tłuszczowa została pobrana przez zasysanie sposobem infiltracji w znieczuleniu tumescentnym. Komórki macierzyste i regeneracyjne rozdzielono za pomocą zamkniętego i w pełni zautomatyzowanego systemu CELLUTION 800 z Cytori Therapeutics USA. Zawiesinę komórek o objętości 5 ml koncentratu wszczepiono do tkanki podskórnej wokół rany i w samą ranę. Uzyskany fenotyp komórki oznaczono natychmiast po oddzieleniu, a po 7 dniach hodowli na pożywce RPMI z 10% płodową surowicą cielęcą.

Pacjenci: 14 pacjentów, 11 kobiet i 3 mężczyzn; średnia wieku 66,6 +/- 9,5y; z przewlekłymi owrzodzeniami żylnymi. Po autotransplantacją wszyscy pacjenci byli 6 miesięcy w obserwacji i otrzymali standardowe leczenie miejscowe i ogólne.

Wyniki: Preparat otrzymany z separatora zawierał średnio +/- 5,6 x 10⁶ 4 x 10⁶ komórek. Fenotyp komórek określano po separacji (CD45 23,5% +/- 2,38; CD31 20,75% +/- 5,12; CD34 71,75% +/- 19,97; CD133 0,0%; 49% +/- CD146 25,25; 41,5% +/- CD105 29,03; CD90 +/- 79% 17,06), a po 7 dniach hodowli (10% +/- CD45 10,98; 8% +/- CD31 11,31; CD34 33,75% +/- 34,97; CD133 0,0%; CD146 15,75% +/- 13,37; CD105 82,25% +/- 32,84; CD90 94,5% +/- 7,05)

Wyniki kliniczne: U 10 z 14 chorych (71,4%) z owrzodzeniami żylnymi uzyskano poprawę. Obserwowano: 3 całkowite wyleczenia i 7 z > 50% zmniejszenie obszaru owrzodzenia. Zaobserwowano progresję owrzodzenia u 1 pacjenta, a u 3 pacjentów nie zaobserwowano zmiany wielkości owrzodzenia. U pacjentów odpowiadających na leczenie regeneracyjne przyspieszenie gojenia autotransplantacją zaobserwowano po 10-12 tygodniach.

Wniosek: Autotransplantacja tkanki tłuszczowej komórek macierzystych jest obiecującą metodą leczenia przewlekłych owrzodzeń żylnych, jednak z przejściowym efektem po pojedynczym autotransplantacjach. Zastosowanie hodowli komórek macierzystych wydaje się być dobrą kontynuacją badań klinicznych.

DRUGO I TRZECIORZĘDOWE ZAPALENIE OTRZEWNEJ - PRZYCZYNA, PATOGENEZA, POSTĘPOWANIE

Z. Grzebieniak¹, W. Kielan², A. Agrawal², G. Marek³

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego, Wrocław

2 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytet Medyczny, Wrocław

3 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Współczesne zasady leczenia rozlanego zapalenia otrzewnej wymagają odpowiedniej diagnostyki, antybiotykoterapii i odpowiedniego postępowania chirurgicznego.

Celem prezentacji jest krótkie omówienie najczęstszych przyczyn, omówienie podstawowych wiadomości z zakresu patogenezy a szczególnie prezentacja najnowszych zasad postępowania.

Autorzy przedstawiają własne badania dotyczące stosowania metody otwartego brzucha /STAR-Laparostomy/ i wynikające z tych badań zalecenia. Szczególnie zwracają uwagę na stosowanie odpowiedniej antybiotykoterapii w drugo i trzeciorzędowym zapaleniu oraz na specyfikę zapalenia trzeciorzędowego ze wskazaniami co do postępowania chirurgicznego. Cała prezentacja kończy się praktycznymi zaleceniami w leczeniu chirurgicznym ciężkich, skomplikowanych postaci zapalenia otrzewnej.

TYGECYKLINA W ZAPALENIU OTRZEWNEJ – FAKTY I MITYZ. Grzebieniak¹, G. Marek²

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego, Wrocław

2 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Wzrastająca średnia długość życia w krajach uprzemysłowionych oraz znacząca poprawa warunków socjalnych i skokowy rozwój zaawansowanych procedur medycznych, transplantologii z towarzyszącym leczeniem immunosupresyjnym oraz skomplikowanych i długotrwałych zabiegów operacyjnych, stawiają przed leczącymi wyzwania związane z zapewnieniem osłony przeciwbakteryjnej i leczenia trudnych zakażeń u chorych w stanach ciężkich. Niestety narasta zjawisko tzw. wielolekooporności licznych patogenów, także tych powodujących zakażenia groźne dla życia chorych. Projektowanie wytwarzanie i proces rejestracji nowych leków przeciwmikrobowych są długotrwałe i bardzo kosztowne. W ostatnich dziesięcioleciach pojawiło się w arsenale medycznym niewiele nowych grup antybiotykowych. Wśród nich są glicylcykliny, pochodne tetracyklin. Antybiotykiem z tej nowej grupy jest tygecyklina, pochodna minocykliny. Jest to antybiotyk bakteriostatyczny, stosowany zarówno przeciwko mikroorganizmom Gram ujemnym, jak i Gram dodatnim. Wskazania dla których lek został zarejestrowany obejmują leczenie powikłanych zakażeń wewnątrzbrzusznych (cIAls) oraz powikłanych zakażeń skóry i tkanek miękkich (cSSTIs). W licznych badaniach wykazana została jego skuteczność przeciwko wielu patogenom wielolekoopornym. Pojawiły się także kontrowersje dotyczące jego bezpieczeństwa. Szczegółowa analiza piśmiennictwa wykazała, że tygecyklina zastosowana zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi udowodniła swoją wysoką skuteczność i bezpieczeństwo. Szczególną wartość nowego leku można obserwować w trudnych sytuacjach klinicznych, przede wszystkim w zapaleniu otrzewnej.

LECZENIE NIETRZYMANIA STOLCA

R. Herman¹

1 - UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI-COLLEGIUM MEDICUM ZAKŁAD CHIRURGII DOŚWIADCZALNEJ I KLINICZNEJ, Kraków

Nietrzymanie stolca (NS) stanowi nadal ważny problem medyczny, dotyczy bowiem coraz większej populacji chorych (ok. 2-7%). Urazy okołoporodowe, zapalne choroby jelit, zabiegi oszczędzające zwieracze czy następstwa radioterapii to tylko niektóre przyczyny NS. Leczenie zachowawcze NS przynosi poprawę u ok. 25% chorych. Biofeedback daje zadowalające wyniki u 45-55% leczonych, ale efekty są nietrwałe. Efektywność elektrostymulacji transanalnej lub tylnego nerwu strzałkowego nie została dostatecznie potwierdzona. Zabieg Secca (Nonablative Radiofrequency Sphincter Remodeling) jest efektywny u ok. 70% wyselekcjonowanych chorych. Transsacralna elektromodulacja wg zwolenników tej metody redukuje epizody incontynencji u ok. 70% chorych i poprawia ich jakość życia. Gracilloplastyka i sztuczne zwieracze znajdują zastosowanie tylko w krańcowych przypadkach uszkodzenia/niewykształcenia zwieraczy. Kolostomia stosowana jest jako ostateczne rozwiązanie, ale znacząco upośledza jakość życia chorych. Niewiele nowych metod terapeutycznych jest w stadium badań: zwieracz magnetyczny, implantacji komórek macierzystych mięśni czy laboratoryjnie wyhodowany neozwieracz wymagają dalszych badań. Dlatego wg ekspertów - współczesne badania naukowe nad NS winny koncentrować się wokół 3 grup zagadnień: (1) porównanie efektywności, bezpieczeństwa i kosztów współcześnie stosowanych metod dgn i leczenia NS (2) badania barier psychosocjalnych w opiece nad chorymi z NS (3) zastosowanie osiągnięć medycyny regeneracyjnej (odtwórczej) w praktyce klinicznej leczenia NS.

NEW METHODS OF BURN WOUND DEBRIDEMENT BY NON-SURGICAL PROCEDURES.

J. Koller¹

1 - Department of Burns and Reconstructive Surgery Comenius University Medical Faculty & University Hospital Bratislava, Slovakia, Bratislava

The currently preferred approach to treatment of deep burns is early surgical excision of necrotic tissues whenever possible and immediate closure or coverage of the excised wounds. These interventions require utilization of surgical resources (OR & personnel & equipment) along with anaesthesia procedures. The surgical excision is a major invasive procedure. The excision is non-selective, as large amounts of good and healthy tissues are removed in most of the cases. Such kinds of procedures are associated with large amounts of blood loss as well. Non-surgical methods of necrotic tissue removal, such as autolytic debridement, or use of proteolytic enzymes, or chemical debridement using salicylic or benzoic acids have been used in the past and there are still used by many facilities. These procedures are time consuming, the extent of debridement is limited. The start of application of the debriding agents is delayed as well. There are also other disadvantages of these methods such as blood loss, low efficacy, low selectivity and high risk of burn wound infectious complications.

ADRENALEKTOMIA LAPAROSKOPOWA U DZIECI.

W. Korlacki¹

1 - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Klinika Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii, Zabrze

Wstęp i cel: Chirurgia nadnerczy stanowi niewątpliwie wyzwanie dla chirurga dziecięcego ze względu na rzadkość wskazań do adrenalectomii u dzieci a tym samym małe serie operowanych pacjentów. Głównym wskazaniem do usunięcia nadnercza w tej grupie pacjentów są guzy pochodzenia neurogenne. Bardzo rzadko istnieją inne wskazania. Niezależnie od kwalifikacji do adrenalectomii technika laparoskopowa stała się w ostatnich latach postępowaniem z wyboru w wielu ośrodkach. Ścisła współpraca chirurgów dziecięcych z chirurgami ogólnymi pozwoliła na wprowadzenie tej metody także u najmłodszych pacjentów pomimo wielu utrudnień takich jak: mała przestrzeń operacyjna, wiotkość powłok, konieczność minimalizacji instrumentarium oraz trudności w okołozabiegowym prowadzeniu anestezjologicznym. Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanowiska chirurgów dziecięcych oraz własnego doświadczenia w laparoskopowej adrenalectomii u dzieci.

Materiał i metoda: W latach 1999-2014 laparoskopową adrenalectomię wykonano u 14 pacjentów (11 dziewczynek i 3 chłopców) w wieku od 3 m.ż. do 18 r.ż (średnio 9 lat). U wszystkich pacjentów wykorzystano dostęp laparoskopowy przezotrzewnowy boczny.

Wyniki: Wykonano 7 adrenalectomii prawostronnych i 7 lewostronnych. Wskazaniami do operacji były: neuroblastoma w 8 przypadkach, pheochromocytoma w 2 przypadkach, krwiak nadnercza w 2 przypadkach, gruczolak kory nadnerczy w 1 przypadku i torbiel śródłonkowa w 1 przypadku. Średnica guza wahała się od 2cm do 6cm (średnio 3,7cm). Nie zanotowano powikłań śródoperacyjnych. Nie było konwersji. Średni czas zabiegu wyniósł 96 min. W 1 przypadku doszło do wytrzewienia sieci przez ranę po trokarze, w pozostałych 13 nie obserwowano powikłań pooperacyjnych. Średni czas hospitalizacji wyniósł 2,7dnia.

Wnioski: Adrenalectomia laparoskopowa jest korzystną alternatywą w chirurgii nadnerczy u dzieci nawet w odniesieniu do przypadków onkologicznych. Dostęp przezotrzewnowy daje doskonałą wizualizację pola operacyjnego co zwiększa bezpieczeństwo śródoperacyjne, zmniejsza ryzyko powikłań i zwiększa skuteczność resekcyjną. Metoda laparoskopowa daje lepszy efekt kosmetyczny, mniejszy ból pooperacyjny i skraca czas hospitalizacji. W ośrodkach doświadczonych w technikach małoinwazyjnych i chirurgii endokrynologicznej adrenalectomia laparoskopowa przezotrzewnowa powinna być postępowaniem z wyboru u dzieci.

RADIOTERAPIA RAKA ODBYTNICY

Z. Lorenc¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice

Przedstawiono zasady stosowane w radioterapii raka odbytnicy, napromienianie zmiany neoadjuwantowe (krótkotrwałe oraz długotrwałe z dodatkowym zastosowaniem chemioterapii) oraz leczenie adjuwantowe. Omówiono korzyści jakie niesie z sobą ta forma terapii ale także ujemne aspekty zagadnienia z niej wynikające. Określono wskazania przy których napromienianie raka odbytnicy może być dla chorego korzystne jak również sytuacje w których pacjent nie odnosi spodziewanych korzyści z leczenia neoadjuwantowego a jest ono wręcz niewskazane.

PROKTOLOGICZNE CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄZ. Lorenc¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice

W prezentacji omówiono szereg chorób proktologicznych, których częstość zachorowań jest różna ale które mogą być przyczyną błędów i pomyłek diagnostycznych popełnianych czasami przez wiele lat występowania objawów. Należą do tych schorzeń kiła, rzeżączka, wrzód miękkiej, zakażenie wirusem herpes, półpasiec, opryszczka, chlamydia, zmiany w przebiegu nabytego zespołu niedoboru odporności (AIDS), zapalenie odbytnicy u homoseksualistów, a także nowotwory (kłykciny, guz Buschkego-Loewensteina, mięczak zakaźny czy leukoplakia). Praca stanowi przegląd tych chorób, które choć występują stosunkowo rzadko to ich znajomość wśród proktologów, chirurgów ale także lekarzy ogólnych jest bardzo istotna i dająca szansę na szybkie rozpoznanie i wdrożenie właściwego leczenia.

CHIRURGIA REKONSTRUKCYJNA NOSA W STANACH ONKOLOGICZNYCH I POURAZOWYCH

K. Małek¹, A. Chrapusta¹, R. Małek¹, R. Mądry²

1 - "Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej / Oddział Oparzeń ", Kraków

2 - Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Łęczna

WSTĘP: Ubytki tkanek nosa w stanach onkologicznych i pourazowych stanowią duże wyzwanie w chirurgii rekonstrukcyjnej. Chirurg plastyk kształtujący elementy twarzy i przywracający harmonię jej rysów musi gruntownie znać techniki operacyjne oraz posiadać wycucie proporcji, jak i nieco zamiłowania artystycznego. Chirurdzy podobnie jak artyści dzielą twarz na odpowiednie płaszczyzny i odcinki, opierając się na stałych anatomicznych punktach odniesienia zgodnie z klasycznymi wzorami stworzonymi przez Leonarda da Vinci czy Schadowa. Nos jest istotnym elementem twarzy ze względów anatomicznych, funkcjonalnych oraz estetycznych. Przy planowaniu zabiegu rekonstrukcyjnego nosa należy określić obszar ubytku tkanek oraz wybrać odpowiedni rodzaj materiału tkankowego, który zależy od przynależności do regionu anatomicznego nosa, jak grzbiet, koniuszek, skrzydła, ściany boczne i trójkąty tkanek miękkich. W rekonstrukcji nosa wykorzystywane są rozmaite techniki jak plastyki miejscowe, plastyki płatowe, wolne przeszczepy własnych tkanek, płaty odległe oraz wszczepy materiałów syntetycznych.

MATERIAŁ KLINICZNY I METODY: W Małopolskim Centrum Oparzeniowo-Plastycznym w Krakowie przeprowadzamy zabiegi korekcyjno-rekonstrukcyjne nosa głównie u pacjentów po resekcjach nowotworów oraz w stanach pourazowych. Jako materiał dawczy tkanek preferujemy skórę z sąsiedztwa w rozmaitych konfiguracjach płatowych. W rekonstrukcjach wielowarstwowych jedną z preferowanych metod jest trój etapowa metoda odtwórcza płatem czołowo-skroniowym prefabrykowanym.

WYNIKI I WNIOSKI: Uzyskanie zadowalających efektów operacji zależy w dużej mierze od doboru odpowiedniej metody. Wyniki, począwszy od bardzo dobrych, skończywszy na poprawiających jakość życia, w dużym stopniu uzależnione są od zakresu koniecznej rekonstrukcji i czynników towarzyszących jak wiek i inne obciążenia. Przedstawione przez nas techniki ukazują wiele godnych polecenia możliwości rekonstrukcji w leczeniu ubytków nosa w stanach onkologicznych i pourazowych.

WSPÓŁCZESNE MOŻLIWOŚCI LECZENIA URAZÓW AORTY PIERSIOWEJM. Maruszyński¹, M. Dziekiewicz¹

1 - Wojskowy Instytut Medyczny, 04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128, Warszawa

Obrażenia przenikające aorty (PTAI) - są następstwem ran postrzałowych („prawie zawsze śmiertelne”), kłutych oraz uszkodzeń coraz częściej jatrogennych. Obrażenia nieprzenikające (BTAI) są w ponad 70% skutkiem wypadków komunikacyjnych, najczęściej motocyklowych. BTAI to druga po urazach głowy przyczyna zgonów wśród poszkodowanych w urazach. Tylko 15 % poszkodowanych z BTAI dociera do szpitala i aż 50% z nich umiera. Ostatnie XX-lecie to znaczący postęp w diagnostyce (angiografia w tomografii komputerowej) oraz terapii wprost proporcjonalnie zależnej od dynamicznego wzrostu postępowania endowaskularnego. Wprowadzenie od 1997 roku (Kado i wsp.) implantacji stentgraftów TEVAR – stało się metodą rewolucyjną. Liczba TEVAR wykonywanych z powodu BTAI wzrosła 27- krotnie, a śmiertelność zmniejszyła się z 23% do 7%. Omówiono patofizjologię TAI – szczególnie BTAI, przedstawiono wybrane przypadki kliniczne oraz wyniki własnych doświadczeń.

OPERACJE PLASTYCZNE U CHORYCH PO LECZENIU BARIATRYCZNYMR. Mądry¹

1 - Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Łęczna

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym otyłość stanowi coraz większy problem zdrowotny wśród Polskiego społeczeństwa. Razem ze wzrostem wykonywanych operacji bariatrycznych obserwujemy znaczące zwiększenie zapotrzebowania na operacje plastyczne po znamiennej utracie masy ciała. Kwalifikację do zbiegu rozpoczynamy w sposób typowy zbierając wywiad, wykonując badanie lekarskie oraz podstawowe badania laboratoryjne, zwracając szczególną uwagę na ilość utraconej masy ciała, rodzaj przebytych operacji, choroby współistniejące oraz aktualny stan odżywienia. Pacjenci kwalifikowani do leczenia chirurgicznego post-bariatrycznego muszą akceptować zamianę nadmiernych fałdów skórno-tłuszczowych na podłużne blizny. Do operacji plastycznych w ramach chirurgii post-bariatrycznej należą: najczęściej wykonywana abdominoplastyka; w drugiej kolejności plastyka opadniętych piersi u kobiet i ginekomastii u mężczyzn; następnie plastyka ud i ramion. W trakcie operacji musimy zwrócić uwagę na prawidłowe ułożenie pacjenta, ogrzanie, prowadzenie profilaktyki przeciwzakrzepowej i przeciwdoleźynowej oraz prowadzenie anestezjologicznej. Operacje poprawiające kształt powłok ciała po operacjach bariatrycznych są zabiegami względnie bezpiecznymi jeśli wykonujemy je u chorych bez zaburzeń odżywienia, ze stabilną masą ciała oraz uregulowanymi chorobami przewlekłymi. Do najczęstszych powikłań pooperacyjnych należą: krwaki, surowiczaki i częściowa martwica płatów.

WSCHODNIE CENTRUM CHIRURGII PLASTYCZNEJ I LECZENIA OPARZEŃ W ŁĘCZNEJ [WCLOiCHR]R. Mądry¹

1 - Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Łęczna

WCLOiChR w Łęcznej składa się pięciu pododdziałów: Oddziału Leczenia Oparzeń [OLO], Oddziału Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Oddziału Intensywnego Leczenia Oparzeń [OILO], Oddziału Leczenia Oparzeń Dzieci i Oddziału Chirurgii Rekonstrukcyjnej Dzieci. Całkowita liczba łóżek w WCLOiChR wynosi 61 łóżek, na które składa się 11 łóżek intensywnego nadzoru oraz 50 łóżek szpitalnych. W ramach OILO i OLO prowadzi się świadczenia medyczne w zakresie leczenia różnego rodzaju i wielkości oparzeń oraz toksycznej nekrolizy naskórka. W ramach chirurgii rekonstrukcyjnej zajmujemy się leczeniem różnego rodzaju wad wrodzonych, wykonujemy rekonstrukcje ubytków pourazowych powłok, przeprowadzamy operacje plastyczne powłok, piersi, oraz zabiegi z zakresu chirurgii ręki oraz wykonujemy zabiegi mikrochirurgiczne.

POWIKŁANIA W CHIRURGII GUZÓW NADNERCZA

M. Otto¹, K. Kołomecki², A. Budzyński³, M. Biczysko⁴

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

3 - II Katedra Chirurgii Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz nowotworów tkanek miękkich UJCM, Kraków

4 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej w Poznaniu, Poznań

Przełom XX i XXI wieku to dynamiczny rozwój technik chirurgicznych stosowanych w leczeniu schorzeń nadnerczy. Powstanie chirurgii małoinwazyjnej zaakceptowało środowisko medyczne, a zwłaszcza pacjenci. Zmieniło obraz współczesnej chirurgii, nie zmieniając jednak wskazań do interwencji chirurgicznej, zasad wykonywania operacji, jej celu ani zakresu. Spełniło oczekiwania obniżenia liczby powikłań około- i pooperacyjnych. Rodzaje powikłań w obu metodach są podobne lecz ich ilość znamienne mniejsza, 3.6% w laparoskopii wobec 17.4% w operacjach klasycznych. Celem prezentacji będzie przedstawienie rodzaju powikłań z jednoczesną oceną możliwości ich uniknięcia.

Wnioski z wielu ośrodków stosujących rutynowo obie metody, pozwalają stwierdzić, iż działania w ich leczeniu powinny sprowadzać się do dążenia rozwiązywania niepożądanych zdarzeń w czasie pierwszej operacji. Równocześnie zasadnym byłoby wprowadzenie ujednoliconej kwalifikacji powikłań około- i pooperacyjnych.

JAK JA TO ROBIĘ? PROBLEMY JAKIE MOŻNA NAPOTKAĆ W CZASIE OPERACJI MANKIETOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA

H. Razak Hady¹

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

Mankietowa resekcja żołądka jest jedną z najmłodszych metod chirurgii bariatrycznej. Początkowo rekomendowana głównie u chorych super otyłych z BMI > 50 kg/m² i traktowana jako pierwszy etap leczenia. Obecnie ze względu udowodniony w licznych doniesieniach bardzo korzystny długotrwały efekt metaboliczny mankietowa resekcja żołądka jest traktowana nie tylko jako izolowana, definitywna operacja bariatryczna, zapewniająca wysoką efektywność leczenia otyłości patologicznej, ale także jako skuteczna metoda leczenia związanych z otyłością: cukrzycy (T2DM) i zespołu metabolicznego (MS). Technika operacyjna mankietowej resekcji żołądka wykonywana przeze mnie ewaluowała wraz z doświadczeniem w chirurgii bariatrycznej. Początkowo wykorzystywałem 5 troakarów. Od ok 1 roku operuję z wykorzystaniem 3-4 portów. Standardowo kalibruję żołądek sondą 32-36F rozpoczynając resekcję 2-6 cm od odźwiernika.

Wykazano, iż w przypadku mankietowej resekcji żołądka to technika operacyjna odgrywa znaczącą rolę w możliwości wystąpienia powikłań zarówno śródoperacyjnych jak również pooperacyjnych. Problemy jakie można napotkać w trakcie wykonywania mankietowej resekcji żołądka to najczęściej krwawienie lub możliwość nieszczelności w linii staplerowania. Do dość rzadkich zdarzeń niepożądanych należą: przecięcie sondy kalibracyjnej, uszkodzenie wątroby, śledziony, przepony.

OBJAWY KLINICZNE JATROGENNEGO USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCHP. Remiszewski¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Chorób Wątroby WUM, Warszawa

Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych w trakcie klasycznej cholecystektomii zostały opisane już na początku XX wieku. Cholecystektomia wykonywana techniką laparoskopową została wprowadzona do leczenia pod koniec lat 80-tych XX wieku. Wraz z rozwojem tej techniki i zdobywaniem przez nią popularności wzrosła również ilość jatrogennych uszkodzeń dróg żółciowych. W przypadku cholecystektomii laparoskopowej ryzyko uszkodzenia dróg żółciowych jest niemal dwukrotnie większe w porównaniu do techniki klasycznej i może sięgać nawet do 0,5%.

W wykładzie przedstawiono najczęstsze przyczyny powstawania uszkodzeń dróg żółciowych w trakcie cholecystektomii (głównie laparoskopowej).

Przedstawiono objawy kliniczne i laboratoryjne uszkodzenia dróg żółciowych, zarówno objawy wczesne - związane z wyciekami żółci z uszkodzonych dróg żółciowych lub z całkowitym zamknięciem światła dróg, oraz objawy późne – związane ze zwężeniem dróg żółciowych.

KLINIKA CHIRURGII PLASTYCZNEJ - WCZORAJ, DZIŚ I JUTROA. Renkielska¹, I. Grobelny¹, J. Grudziński¹, J. Jankau¹, H. Tosińska - Okrój¹

1 - Klinika Chirurgii Plastycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

Fundamenty pod nowoczesną chirurgię plastyczną w Gdańsku położył niewątpliwie profesor Henryk Kania- kierownik I Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1951-65. W 1964r ustanowiono specjalizację w chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, pierwszymi, którzy uzyskali ją w Gdańsku byli doktorzy Wanda Kondrat i Jerzy Lipiński. W 1968r utworzony został Oddział Chirurgii Plastycznej a w 1977r na jego bazie powstała Klinika Chirurgii Plastycznej, której kierownikiem do 1989r. była prof. dr hab. med. Wanda Kondrat. Kolejno funkcje po kierownika i kierownika pełnili dr Alicja Renkielska (do 2000r) i profesor Janusz Jaśkiewicz (do 2010r). Od roku 2010 do chwili obecnej kierownikiem pozostaje dr hab. Alicja Renkielska, ordynatorem od 2015 jest dr hab. Jerzy Jankau. W przeszłości główne zainteresowania lecznicze i naukowe kliniki skupiały się wokół operacyjnego i kompleksowego leczenia wady rozszczepu wargi i/lub podniebienia u dzieci oraz patofizjologii i leczenia choroby oparzeniowej (w czasie pożaru Hali Widowiskowej Stoczni Gdańskiej w 1994r klinika nasza była pierwszą i najważniejszą jednostką leczącą oparzonych tej katastrofy). W związku z zaprzestaniem leczenia ciężkich oparzeń obecny zakres działania kliniki to: leczenie nowotworów powłok z jednoczasową lub odroczoną rekonstrukcją tkanek, odtwarzanie piersi po mastektomii, leczenie pourazowych, w tym pooparzeniowych ubytków i zniekształceń powłok ciała, leczenie wad rozwojowych powłok ciała ze szczególnym uwzględnieniem rozszczepów i zniekształceń porozszczepowych, operacje korygujące powłoki ciała po zabiegach bariatrycznych, chirurgia estetyczna w zakresie finansowanym przez NFZ, zaopatrywanie odleżyn u chorych rokujących powrót do zdrowia i czynnego życia, leczenie chirurgiczne obrzęków limfatycznych pierwotnych i wtórnych, leczenie ran przewlekłych o różnej etiologii, wybrane zagadnienia z chirurgii ręki, leczenie małych i średnich oparzeń. Ze względu na duże zapotrzebowanie społeczne na praktycznie cały powyższy zakres zabiegów i jednocześnie unikatowość kliniki jako jedynej placówki w województwie pomorskim oferującej powyższy wachlarz zabiegów w ramach kontraktu z NFZ można przewidzieć szybki dalszy rozwój działalności leczniczej kliniki. Od momentu powstania klinika prowadzi działalność dydaktyczną dla studentów, szkolenia podyplomowe i specjalizacyjne dla lekarzy. W marcu 2012 r Klinika Chirurgii Plastycznej przeniesiona została wraz z innymi klinikami o profilu zabiegowym do Centrum Medycyny Inwazyjnej GUMed, co w związku z możliwością korzystania z nowoczesnego zaplecza diagnostycznego i leczniczego oraz wykonywania zabiegów w zespołach wielospecjalistycznych będzie skutkowało dalszym rozwojem naukowym członków zespołu. W pracy przedstawiono dokumentację fotograficzną ilustrującą pracę leczniczą i naukową naszego ośrodka.

STOPA CUKRZYCOWA- LECZENIE ZACHOWAWCZE, NOWE PERSPEKTYWY.

A. Sieroń¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej w Bytomiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Polska, Katowice

W Polsce cukrzycę stwierdza się u 6 procent społeczeństwa, czyli u około 2.6 mln osób między 20. a 79. rokiem życia, z których tylko połowa wie o tym, że jest chora. Szacuje się, że do 2030 r. liczba chorych na cukrzycę w Polsce może wzrosnąć nawet do 4,8 mln.

Jednym z najcięższych powikłań cukrzycy jest zespół stopy cukrzycowej (ZSC), który rozwija się niepostrzeżenie u około 15 procent chorych. Jest on bardzo trudny w leczeniu, a rokowanie jest niepewne. Według Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Polska należy do krajów, w których wykonuje się najwięcej amputacji kończyn - średnio, u co drugiego pacjenta ze stopą cukrzycową, co daje 14 tysięcy amputacji rocznie. Skala problemu jest zatem duża.

Oxybaria S to pionierska metoda lecznicza polegająca na synergistycznym oddziaływaniu aplikowanego miejscowo tlenu hiperbarycznego i ozonu.

Ozon wykazuje działanie bakterio-, wiruso- i grzybobójcze, pobudza ziarninowanie, poprawia naskórkowanie i utlenowanie miejscowe tkanek, zwiększając jednocześnie miejscowe ich ukrwienie, a także eliminuje nieprzyjemne zapachy ran przewlekłych. Skuteczność terapii ozonem wynika z faktu, że większość mikroorganizmów wykazuje brak odporności na ozon.

Leczenie przy wykorzystaniu hiperbarii tlenowej polega na dostarczaniu do organizmu znacznej ilości tlenu w warunkach podwyższonego ciśnienia, które jest 2,5 krotnie wyższe od ciśnienia atmosferycznego. Do najistotniejszych zalet hiperbarii tlenowej należy zaliczyć: dostarczanie zwiększonej ilości tlenu do niedokrwionych i niedotlenionych tkanek i narządów, przyspieszenie gojenia się ran oraz zmniejszanie obrzęku tkanek, poprawę krążenia krwi, wspomaganie mechanizmów odpornościowych oraz działanie bakterio- i bakteriostatyczne.

Łączne zastosowanie obu metod działających synergistycznie umożliwia uzyskanie zwiększonego stężenia tlenu w tkance przy równoczesnym działaniu bakterio- i bakteriostatycznym, co sprzyja utrzymaniu czystości bakteriologicznej rany oraz wpływa na jej lepsze gojenie.

Metoda ta została opracowana w Katedrze i Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej w Bytomiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i uzyskała Gran Prix 63 Targów Wynalazczości, Badań Naukowych i Nowych Technologii BRUSSELS INNOVA 2014 w Brukseli, jako europejski wynalazek roku 2014.

Do innych metod medycyny fizykalnej, które znalazły zastosowanie w leczeniu ZSC należą m.in.: magnetoterapia, magnetosymulacja i laseroterapia.

MIEJSCOWE WYCIĘCIE ZMIAN JELITA GRUBEGO - ESD JEST NAJLEPSZYM SPOSOBEM WE WCZESNYM RAKUM. Spychalski¹

1 - Szpital Specjalistyczny w Brzezinach - Centrum Leczenia Jelit, Brzeziny

Wstęp: Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa (ang. Endoscopic Submucosal Dissection- ESD) to nowa metoda terapeutyczna mająca zastosowanie w leczeniu wczesnych postaci nowotworów przewodu pokarmowego. Stanowi cenną alternatywę dla chirurgii w terapii gruczolaków oraz gruczolakoraków w stopniu zaawansowania T1 SM1 w obrębie okrężnicy i odbytnicy. Metoda ta została opracowana w Japonii i włączona do rutynowej strategii postępowania w guzach jelita grubego w tym kraju w 2010 roku. W ostatnich latach technika ESD jest coraz częściej stosowana w Europie. W prezentowanej pracy omówiono wskazania do endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej w jelicie grubym, jej skuteczność oraz ryzyko powikłań związanych z tą metodą. Dodatkowo analizowano technikę operacyjną ESD oraz TEM kładąc szczególny nacisk na ograniczenia jednej i drugiej metody. Wnioski oparto na analizie dostępnego piśmiennictwa oraz własnych doświadczeniach w endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej - 130 guzów jelita grubego leczonych tą techniką.

MODEL SZKOLENIA W CHIRURGII MINIMALNIE INWAZYJNEJ W WARUNKACH KRAJOWYCHE. Stanowski¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Klatki Piersiowej Wojskowy Instytut Medyczny Warszawa, Warszawa

Pod koniec lat 80-tych ubiegłego wieku kilku chirurgów zapoznało się z chirurgią laparoskopową w wiodących ośrodkach Stanów Zjednoczonych, Francji, Austrii. W roku 1991 wykonano w Polsce pierwsze cholecystektomie laparoskopowe. Od tej pory systematyczne szkolenia, także na modelu zwierzęcym były wykonywane w Warszawie w klinikach: WIM (E. Stanowski, A. Paczyński, T. Koziarski, L. Chmieliński) – firma AutoSuture i Banacha (M. Krawczyk, T. Wróblewski, St. Tucholski) – firma Jonson Jonson. W miarę rozszerzania zakresu operacji laparoskopowych dostosowano tematykę szkoleń i pod patronatem Sekcji Videochirurgii TCHP prowadzono je w kilkunastu ośrodkach. Staraniem T. Wróblewskiego i W. Tarnowskiego nauczanie chirurgii minimalnie inwazyjnej wprowadzono do programu specjalizacyjnego z chirurgii ogólnej. Przed 2 lata powstały 2 laboratoria do ćwiczeń. W Nowym Tomysku - firma Aesculap i w Warszawie w WIM – firma Olympus. W laboratoriach tych pod patronatem Sekcji Videochirurgii i z udziałem wybitnych specjalistów odbywają się systematyczne szkolenia technik podstawowych i zaawansowanych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na technikę szycia i wiązania w laparoskopii, zastosowania nowoczesnych technik cięcia i koagulacji oraz staplerowych. Dzięki sponsoringowi firm polscy chirurdzy, w wiodących ośrodkach za granicą zapoznają i doskonalą się w nowych osiągnięciach technik minimalnie inwazyjnych i wprowadzają je w kraju. Wymienię tylko kilku z nich. W. Tarnowski – jelito grube, chirurgia metaboliczna, K. Paśnik – chirurgia metaboliczna i na ostrym dyżurze, M. Jackowski – chirurgia dróg żółciowych i jelita grubego, M. Michalik – chirurgia metaboliczna i jelita grubego, A. Budzyński – chirurgia trzustki i nadnerczy, W. Pesta – chirurgia pęcherzyka żółciowego i przepuklin i wielu innych. Można śmiało powiedzieć, że mimo braku środków dzięki zaangażowaniu chirurgów i wsparciu firm chirurgia minimalnie inwazyjna jest systematycznie rozwijana. Modelem jej nauczania w Polsce jest uznana szkoła uczeń – mistrz. Ze względu na jej upowszechnianie niezbędne jest przeznaczenie specjalnych środków na stworzenie kilku ośrodków do szkolenia w tej nowej, ale już mającej coraz większe zastosowanie technice operacyjnej.

CHIRURGIA ROBOTOWA JELITA GRUBEGO Z PERSPEKTYWY POLSKI

W. Witkiewicz¹, M. Zawadzki¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Operacje raka jelita grubego są najczęstszymi operacjami robotowymi w chirurgii ogólnej. Pierwszą resekcję jelita grubego z użyciem robota wykonał w 2001 r. Weber i wsp. Obecnie około 9% operacji jelita grubego w USA i 1% operacji jelita grubego w Europie Zachodniej jest wykonywana z zastosowaniem robota. Robota dV stosuje się głównie w leczeniu raka odbytnicy, rzadziej podczas prawej hemikolektomii czy rectopektomii. Wielu autorów podkreśla zalety zastosowania robota zwłaszcza podczas operacji raka odbytnicy. Robotowa resekcja odbytnicy wiąże się z większym marginesem dystalnym, mniejszym odsetkiem konwersji, mniejszą utratą krwi i krótszym pobytom w szpitalu w porównaniu do operacji klasycznej lub laparoskopowej. Jest jednak droższa. W Polsce od 2010 r. robot dV działa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, Ośrodku Badawczo-Rozwojowym we Wrocławiu (WSS OBR) a operacje jelita grubego są drugim po prostatektomii najczęstszym typem operacji robotowych w naszym ośrodku.

Materiał: W latach 2011-2015 w WSS OBR wykonano 46 robotowe operacje raka jelita grubego; 23 przednie resekcje odbytnicy, 17 prawych hemikolektomii, 4 brzuszno-krzyżowe resekcje odbytnicy, 2 lewe hemikolektomie.

Wyniki: Średni czas operacji dla przedniej resekcji odbytnicy (LAR) wyniósł 315 min. a dla prawej hemikolektomii 168 min. Odnotowano 4 konwersje do operacji otwartej, wszystkie podczas operacji LAR. Wskazaniem do konwersji były trudne warunki anatomiczne, brak możliwości wykonania TME (3 pacjentów) i zrosty po poprzednich zabiegach operacyjnych (1 pacjent). Odnotowano 2 przypadki nieszczelności zespolenia, u 1 pacjentki w okresie pooperacyjnym wystąpiły objawy przetoki odbytniczo-pochwowej. U dwóch pacjentów w badaniu histopatologicznym opisano margines radialny <1mm. Średni czas pobytu w szpitalu po operacji wyniósł 6.5 dnia. Średnia liczba uzyskanych węzłów w preparacie pooperacyjnym wynosiła 12,7.

Podsumowanie: Zastosowanie robota chirurgicznego w operacjach raka jelita grubego jest alternatywą dla operacji laparoskopowych. Zalety zastosowania robota są najbardziej widoczne podczas TME. Niemniej jednak małoinwazyjna operacja raka odbytnicy jest trudna technicznie, dotyczy co najmniej 2 kwadrantów jamy brzusznej, wymaga precyzyjnego TME i wykonania pewnego zespolenia. W naszej opinii na początku krzywej uczenia się do operacji robotowych powinno się kwalifikować kobiety z mniej zaawansowanymi guzami odbytnicy. Dobrą operacją szkoleniową jest również prawa hemikolektomia.

CHIRURGIA ROBOTOWA W BARIATRII Z PERSPEKTYWY POLSKI

W. Witkiewicz¹, R. Mulek¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, Ośrodku Badawczo Rozwojowym we Wrocławiu od czasu wdrożenia systemu robotowego da Vinci wykonaliśmy 30 procedur robotowych z zakresu chirurgii bariatrycznej, z czego 9 stanowiły operacje mankietowej resekcji żołądka (SG) oraz 21 procedur bypass'u żołądkowego (RYGB).

W operacji SG system da Vinci został wykorzystany do etapu obszycia linii zszywek szwem ciągłym natomiast w RYGB do wykonania obu zespołów: żołądkowo-jelitowego oraz jelitowo-jelitowego. Zastosowanie systemu czyni obie procedury zdecydowanie prostszymi w porównaniu z techniką laparoskopową. Bez wątplenia przekłada się to na jakość zespołów, jak również na staranne, szczelne obszycie mankietu. W naszym materiale nie odnotowaliśmy żadnych typowych dla poszczególnych procedur powikłań okołoperacyjnych, ani odległych.

Konieczność połączenia obu technik – laparoskopowej i robotowej czyni operację technicznie bardziej skomplikowaną i operujący zespół odczuwa niedosyt, braku możliwości wykonania operacji od początku do końca w jednej robotowej technice. Rozwiązanie takie wymusza obecnie brak dostępu do narzędzia robotowego, które zastąpiłoby nóż harmoniczny, jak również robotowych staplerów. Ograniczenia finansowe stanowią również obecnie główną przyczynę limitującą zastosowanie systemu da Vinci na szeroką skalę, co mimo dużej intuicyjności i innych zaletach systemu robotowego nie pozwala w szybki sposób pokonać krzywej uczenia, której nowa technika wymaga. Bez względu na wyzwania, z którymi musiał się zmierzyć zespół, niewątpliwie możemy traktować wykonane przez nas operacje jako etap nauki i zdobycia doświadczenia, co pozwoli wykorzystać technikę robotową do ewentualnych procedur typu redo, w których, wg doniesień z piśmiennictwa światowego, robot doskonale się sprawdza na etapie preparowania zbliznowaciałych tkanek okolicy wpustu i dna żołądka oraz wykonania ręcznych zespołów.

CHIRURGIA ROBOTOWA – GASTREKTOMIA, SPLENEKTOMIA, CHOLECYSTEKTOMIA, TRANSPLANTOLOGIA – NEFREKTOMIA, ADRENALEKTOMIA

W. Witkiewicz¹, M. Zawadzki¹, R. Mulek¹, J. Turek¹, J. Banaszek¹, K. Jacyna¹, M. Rząca¹, R. Czarnecki¹, M. Fiutowski¹, J. Sokołowski¹, J. Pająk¹, Ł. Radecki¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Robotyka jest dynamicznie rozwijającą się częścią chirurgii małoinwazyjnej. Pomimo, że jest to relatywnie nowa technologia na całym świecie działa już ponad 3200 robotów a liczba rocznie wykonywanych operacji przekroczyła 500 tysięcy. Robot chirurgiczny jest najczęściej wykorzystywany w operacjach urologicznych i ginekologicznych, lecz zainteresowanie chirurgów ogólnych robotyką nieustannie wzrasta. Popularność robotyki wynika z faktu, że system da Vinci posiada kilka właściwości w znacznym stopniu odróżniających operację robotową od laparoskopowej. Do najbardziej istotnych zalet robota należą; narzędzia z zakresem artykulacji zbliżonym do zakresu ruchów ludzkiego nadgarstka, trójwymiarowy obraz pola operacyjnego i ergonomiczna pozycja operatora konsoli. Celem wykładu jest przedstawienie własnych doświadczeń autorów dotyczących zastosowania robota w operacjach brzusznych.

Wyniki: W latach 2010-2015 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu wykonano łącznie ponad 200 operacji z zastosowaniem robota, w tym: 67 prostatektomie, 46 resekcji jelita grubego, 30 operacji bariatrycznych, 14 cholecystektomii, 15 operacji usunięcia macicy z przydatkami, 13 splenektomii, 11 nefrektomii, 7 resekcji żołądka, 6 adrenelektomii, 1 pobranie nerki od żywego dawcy do przeszczepu.

Podsumowanie: Jak wynika z naszych 5-letnich doświadczeń i danych z piśmiennictwa robotyka jest interesującą alternatywą dla klasycznych operacji laparoskopowych.

Zaskakiwać może fakt, że pomimo braku solidnych danych (level I evidence) wskazujących na przewagę operacji robotowych w porównaniu do operacji laparoskopowej lub klasycznej, wielu chirurgów oferuje swoim pacjentom ten rodzaj operacji. Jesteśmy więc świadkami sytuacji kiedy za niespotykanym dotąd postępowaniem technologicznym nie nadążają zasady evidence based medicine. W czasie gdy oczekujemy na wyniki randomizowanych badań dotyczących robotowej radykalnej prostatektomii czy resekcji odbytnicy, w piśmiennictwie pojawiają się już kolejne doniesienia na temat robotowych operacji z jednego cięcia czy robotowych operacji przezodbytnicznych. Niewątpliwie jest to technologia przyszłości. Mamy nadzieje że wraz z postępowaniem robotyka zagości na stałe również w polskich szpitalach.

STAN CHIRURGII ROBOTOWEJ W POLSCE

W. Witkiewicz¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Na świecie pracuje ponad 3200 robotów da Vinci (dV), prawie 2300 w USA, w Europie ok. 600. W Polsce jedyne tego typu urządzenie znajduje się od grudnia 2010r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, Ośrodku Badawczo-Rozwojowym.

W przygotowaniu do rozpoczęcia operacji robotowych zespół chirurgiczny wrocławskiego szpitala przebył liczne szkolenia w ośrodkach robotowych w Europie i w USA. Dotychczas, dzięki uzyskanym grantom naukowym, w WSS przeprowadzono ponad 200 operacji z asystą robota: operacje kolorektalne (RH,LH,LAR) 46; resekcja mankietowa żołądka 9; gastric bypass 21; wszczepienie protezy Y 1; prostatektomia 67; histerektomia 15; adrenalektomia 8; cholecysektomia 14; splenektomia 13; pobranie nerki od żywego dawcy 1; resekcja żołądka inna 6; nefrektomia 11; inne 6. W 2011r. powstało Polskie Towarzystwo Chirurgii Robotowej (PTCHR). Celem jego działania jest wdrażanie technik leczenia operacyjnego, opartych na wykorzystaniu najnowocześniejszej technologii XXI wieku, jakim jest robot chirurgiczny, jak również propagowanie wiedzy na jego temat. PTCHR współpracuje naukowo z ośrodkami robotowymi w USA, Francji, Szwecji, Czechach, Izraelu i Włoszech. Pierwsze polskie doświadczenia z robotem dV przedstawiano na 83 konferencjach m.in. na 4 Światowym Kongresie Klinicznej Robotyki i Chirurgicznych Innowacji w Chicago w 2012r. W marcu 2012r. odbył się I Międzynarodowy Kongres PTCHR. Kolejny odbędzie się w październiku 2015r. Robot umożliwia bezpieczny dostęp do miejsc organizmu, do których wgląd do tej pory w sposób tradycyjny był bardzo trudny. Praca chirurga korzystającego z dV jest niezwykle precyzyjna i ergonomiczna dzięki konsoli obsługiwanej za pomocą specjalnych manetek, intuicyjnego interfejsu, specjalistycznego systemu wizyjnego 3D, możliwości skalowania ruchów oraz eliminacji drżenia rąk. 10-krotne powiększenie operowanego miejsca i zaawansowana konsola zwiększają precyzję operacji poprzez możliwość identyfikacji drobnych naczyń i nerwów. Robot to przede wszystkim korzyści dla pacjenta- minimalne cięcia i utrata krwi oraz szybszy powrót do zdrowia. Wprowadzenie chirurgii robotowej w Polsce wyniosło technikę operacyjną na zupełnie nowy poziom jakościowy, będący następnym etapem rozwoju chirurgii małoinwazyjnej. Niestety, procedury robotowe wciąż nie są finansowane przez NFZ. Co więcej, Prezes AOTM uznał, iż „leczenie z udziałem systemu robotowego powinno być finansowane, jako przedsięwzięcie naukowe, a nie jako świadczenie gwarantowane.”

TAKTYKA POSTĘPOWANIA U CHORYCH Z ROZPOZNANYM ŚRÓDOPERACYJNIE JATROGENNYM USZKODZENIEM DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

T. Wróblewski¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, ul. Banacha 1a, Warszawa

Pomimo postępu technologicznego w chirurgii laparoskopowej, urozmaiconych metod szkoleń chirurgów częstość uszkodzeń dróg żółciowych nadal waha się w granicach 0.1-0.3% wszystkich wykonywanych cholecystektomii laparoskopowych. Śródoperacyjne rozpoznanie uszkodzenia dróg żółciowych w czasie LCH tylko w wyjątkowych wypadkach nie wymaga wykonania konwersji do operacji otwartej i dalszego postępowania w zależności od: poziomu uszkodzenia dróg żółciowych, rozległości uszkodzenia oraz od doświadczenia ośrodka w chirurgii wątroby i dróg żółciowych (ośrodki referencyjne). Rozpoznanie często utrudnia współistniejące krwawienie we wnęce wątroby mogące być skutkiem uszkodzenia tętnicy pęcherzykowej. Zakładanie wielu klipsów w celu uzyskania hemostazy może skutkować nie tylko zamknięciem dróg żółciowych, ale także tętnicy wątrobowej prawej powodując niedokrwienie prawej części wątroby. W ośrodkach o małym doświadczeniu nie należy dążyć do rekonstrukcji dróg żółciowych a wykonać drenaż okolicy wnęki wątroby, aby cała żółć wydostawała się na zewnątrz jamy brzusznej i przestać chorego do ośrodka referencyjnego w następnych dniach po operacji. Nie należy wprowadzać cienkich cewników do widocznych dowątrobowo przewodów żółciowych i zabezpieczać je szwami przed wysunięciem, gdyż powoduje to dodatkowe uszkodzenia ściany przewodów żółciowych, skraca je i jeszcze bardziej komplikuje rekonstrukcję. W ośrodkach referencyjnych możliwa jest jednoczasowa po uszkodzeniu rekonstrukcja dróg żółciowych po wykonaniu cholangiografii śródoperacyjnej i precyzyjnym określeniu poziomu uszkodzenia dróg żółciowych. W ponad 50% przypadków dochodzi do wycięcia dróg żółciowych i jedyną operacją rekonstrukcyjną wykonywaną w ośrodku referencyjnym powinno być zespolenie przewodowo jelitowe na pętli Roux, wykonane na spływie dróg żółciowych. Gdy do wycięcia dróg żółciowych doszło przy pomocy koagulacji elektrycznej należy zdrenować okolicę uszkodzenia i wykonać rekonstrukcję po kilkunastu dniach, kiedy oparzenie dróg żółciowych będzie dobrze widoczne. Wnioski: Jednoczasowe operacje rekonstrukcyjne po stwierdzeniu uszkodzenia dróg żółciowych są możliwe w ośrodkach o dużym doświadczeniu w chirurgii rekonstrukcyjnej dróg żółciowych. W pozostałych przypadkach powinien być wykonany drenaż wnęki wątroby i przestanie chorego do ośrodka referencyjnego.

ENDOSKOPOWA KARDIOMIOTOMIA POEM W LECZENIU KURCZU WPUSTU – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

W. Zgodziński¹, P. Bury¹, T. Skoczylas¹, A. Zakościelny¹, G. Wallner¹, K. Zinkiewicz¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM, Lublin

Kurcz wpustu (achalazja) jest jednym z częstszych zaburzeń motoryki przełyku, który prowadzi do zaburzonej relaksacji dolnego zwieracza przełyku i upośledzonej funkcji trzonu przełyku. Dotychczas leczenie kurczu wpustu obejmuje endoskopowe rozszerzanie wpustu, iniekcje toksyny botulinowej, czy chirurgiczną miotomię przełyku/wpustu. Przezustna endoskopowa miotomia - Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) jest nową metodą leczenia kurczu wpustu i polega na wytworzeniu tunelu w warstwie podśluzowej przełyku i nacięciu mięśni wpustu/przełyku z dostępu endoskopowego przez jamę ustną. POEM po raz pierwszy wykonano w Japonii w 2008 roku u pacjentów z niepowikłanym kurczem wpustu. Znakomite wyniki tej metody spowodowały rozpowszechnienie jej w wiodących ośrodkach endoskopowych na świecie. Również wskazania do POEM uległy rozszerzeniu o zaawansowaną, powikłaną achalazję, nieskuteczną miotomię chirurgiczną czy inne spastyczne zaburzenia motoryki przełyku. Dotychczas wykonano na świecie ok. 3000 zabiegów POEM przy jednoczesnej modyfikacji techniki i poprawie leczenia powikłań. Uzyskane wyniki leczenia metodą POEM i coraz większe jej rozpowszechnienie powoduje, że z metody eksperymentalnej staje się ona metodą z wyboru w leczeniu pacjentów z kurczem wpustu, czy innymi spastycznymi zaburzeniami motoryki przełyku.

W prezentacji przedstawiono etap szkolenia na zwierzętach jak również doświadczenia z pierwszymi zabiegów POEM wykonywanych w II Klinice Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM w Lublinie, z omówieniem wskazań, techniki zabiegu i wstępnych wyników.

PORÓWNANIE WARTOŚCI BRACHYTERAPII I LECZENIA ENDOSKOPOWEGO ZA POMOCĄ STENTÓW SAMOROZPRĘŻALNYCH W PALIATYWNEJ TERAPII DYSFAGII SPOWODOWANEJ RAKIEM POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO

A. Zakościelny¹, T. Skoczylas¹, D. Kieszko¹, E. Kurys-Denis¹, W. Zgodziński¹, P. Bury¹, G. Wallner¹, E. Starosławska¹, W. Krupski¹, K. Zinkiewicz¹

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego, Lublin

Wstęp: Rak połączenia przełykowo-żołądkowego jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się z nabłonka gruczołowego błony śluzowej połączenia przełykowo-żołądkowego o wzrastającej zachorowalności. W zdecydowanej większości chorych, rak ten rozpoznawany jest w stopniu zaawansowania klinicznego, uniemożliwiającym leczenie operacyjne. Jedynym rozwiązaniem w tej grupie chorych jest leczenie objawowe polegające na udroźnieniu światła przełyku, niwelując objawy dysfagii, poprawiając jakość życia pacjenta. Endoskopowe założenie protezy samorozprężalnej do światła przełyku oraz brachyterapia są obecnie najskuteczniejszymi metodami leczenia paliatywnego raka płaskonabłonkowego przełyku. Nowotwór ten cechuje odmienna wrażliwość na radioterapię. Z powodu tych wątpliwości nie można jednoznacznie przewidzieć, czy brachyterapia stosowana w paliatywnym leczeniu dysfagii spowodowanej rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego jest podobnie korzystna jak w raku przełyku.

Cel pracy: Celem pierwszorzędowym pracy jest porównanie brachyterapii oraz leczenia endoskopowego za pomocą protez samorozprężalnych, ocena skuteczności poprawy połykania w postaci wielkości zmiany stopnia dysfagii, czasu do uzyskania największej poprawy połykania oraz czasu do wystąpienia ponownego istotnego pogorszenia połykania.

Metodyka: Jednośrodkowe, kontrolowane, badanie kliniczne III fazy, z randomizacją do 2 ramion terapeutycznych, bez zaślepienia. Po spełnieniu kryteriów włączenia, do badania zakwalifikowano 30 pacjentów z potwierdzonym histopatologicznie nieoperacyjnym rakiem gruczołowym połączenia przełykowo-żołądkowego powodującym istotną klinicznie dysfagię. Zabieg brachyterapii, w jednorazowej dawce 12 Gy wykonano u 14 chorych.

Wyniki: 93,3 % badanej populacji stanowili mężczyźni, 6,7% kobiety. Średnia wieku wyniosła 69,5 (48-86 r.ż). Stopień dysfagii u pacjentów po brachyterapii uległ zmianie z 3,21 na 2,28 po 3 miesiącach obserwacji, odpowiednio z 3,18 na 2,71 po zabiegu protezowania. Średni czas przeżycia u pacjentów po brachyterapii wyniósł 209,35 (31-597), po zabiegu protezowania 198,81 (57-967) dnia. **Wnioski:** Brachyterapię wewnątrzprzełykową należy wykonywać u pacjentów, którzy rokują dłuższe przeżycie > 3 miesiące. Analogicznie do zabiegu protezowania należy kwalifikować chorych, u których przewidywany czas przeżycia jest < 3 miesiące, ze względu na częste występowanie objawów niedrożności proksymalnego brzołu protezy spowodowanym przerostem tkanki nowotworowej lub też ziarniny.

STANY NAGŁE W GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ, SKRĘT JAJNIKA Z NOWOTWOREM U DZIECKAW. Górecki¹

1 - Klinika Chirurgii Dziecięcej Collegium Medicum UJ, Kraków

Skręt jajnika nie jest zjawiskiem częstym, ale każdy operujący ze wskazań nagłych dzieci, spotka się z nim w swojej praktyce. Samo zjawisko chociaż znane od stuleci, sprawia trudności rozpoznawcze i lecznicze do dnia dzisiejszego pomimo postępu jaki się dokonał. Powszechny sposób postępowania to usunięcie przydatków o martwiczym wyglądzie w obawie przed nowotworem złośliwym; ryzykiem powikłań zakrzepowych; przekonaniem, że tkanka jajnika uległa nieodwracalnej martwicy oraz brakiem wiary w możliwość skutecznego wyłuszczenia guza wewnątrz-jajnikowego. Takie postępowanie odbiega od optymalnego, i rodzi negatywne skutki zdrowotne dla pacjentki. Dziewczynki z jedną gonadą są zagrożone kastracją, obniżeniem płodności, przedwczesną menopauzą z bardziej nasilonym zespołem metabolicznym, oraz zwiększonym ryzykiem ciąży z zespołem Downa. Prawidłowym zaopatrzeniem skrętu przydatków macicznych jest oszczędzenie jajnika pomimo zewnętrznych cech „martwicy” i możliwości występowania nowotworu. Upowszechnienie tego sposobu postępowania pozostaje wyzwaniem do dzisiaj. Pomimo najczęściej istniejącego koła zamachowego skrętu w postaci zmiany w przydatkach, nowotwory wewnątrz-jajnikowe stanowią mniej niż połowę przyczyn skrętów. Najczęściej są nimi potworniaki dojrzałe, rzadziej gruczolaki. W obu tych nowotworach możliwe i bezpieczne jest ich wyłuszczenie z zachowaniem jajnika. Ryzyko obecności nowotworu wewnątrz-jajnikowego jest odwrotnie proporcjonalne do wieku dziecka i wprost proporcjonalne do wielkości zmiany. Ryzyko obecności nowotworu złośliwego w skręconych przydatkach u dziecka nie przekracza 1%. W przypadku braku pewności co do celowości preparowania jajnika dopuszczalne jest odkręcenie i pozostawienie przydatków in situ. W okresie pooperacyjnym monitorowanie sonograficzne stanu przydatków oraz poziomu markerów nowotworowych pozwala na zaplanowanie dalszego postępowania. Podjęcie odpowiedniego leczenia w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego odroczone o 4-6 tygodni nie powinno zmienić odległego rokowania. Poza samoograniczającą się gorączką u około 10% pacjentek, nie stwierdzono zwiększonego ryzyka powikłań oszczędzenia jajnika w skręcie. W obserwacjach wieloletnich wykazano regenerację jajnika z aktywną z czynnością pęcherzykową u co najmniej 85% pacjentek. Przedstawiono algorytm pozwalający ustalić optymalne postępowanie w skręcie jajnika u dzieci.

ULTRASONOGRAFIA W DIAGNOSTYCE URAZÓW JAMY BRZUSZNEJ

W. Jakubowski¹

1 - Zakład Diagnostyki Obrazowej, Warszawa

Współczesna ultrasonografia powinna być pierwszym badaniem obrazowym w diagnostyce urazów jamy brzusznej. Wprowadzenie w czasie ostatniej dekady do badań usg przenośnych ultrasonografów o małych gabarytach, zasilanych bateriami lub akumulatorami, umożliwiło wykonywanie badań usg w miejscu w którym zaistniał uraz i w jak najkrótszym czasie po jego wystąpieniu.

Cel pracy: W niniejszej prezentacji zostaną przedstawione następujące zagadnienia:

- aparatura i głowice,
- wymagane kwalifikacje osób wykonujących badanie,
- sposób wykonywania i jego dokumentacja,
- protokoły badań usg jak FAST, pFAST, eFAST,
- interpretacja wyników badań,
- znaczenie wyników badań i ich wpływ na decyzje logistyczne i terapeutyczne.

W ostatniej części prezentacji zostaną przedstawione przykłady badań usg w urazach narządów mięszzowych jamy brzusznej – wątroby, trzustki, śledziony, nerek.

**INTERDYSCYPLINARNA DIAGNOSTYKA I LECZENIE POWIKŁANYCH ZAKAŻEŃ
WEWNĄTRZBRZUSZNYCH**R. Marciniak¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UMP, Poznań

Zakażenia wewnątrzbrzusne to jedno z najczęstszych schorzeń, z którymi ma do czynienia chirurg w swojej codziennej pracy. Różnorodność i stopień ciężkości są elementami utrudniającymi prawidłową diagnostykę i podjęcie skutecznego leczenia. Niepowikłane zakażenia wewnątrzbrzusne jest patologią obejmującą pojedynczy narząd, natomiast jako powikłane określamy zakażenie przyjmujące postać ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewnej. Ważnym elementem diagnostyki jest zróżnicowanie zakażenia na postać pozaszpitalną i wewnątrzszpitalną. Wczesne podjęcie prawidłowego postępowanie to istotny element sukcesu terapeutycznego. Diagnostyka i leczenie opiera się na zasadzie interdyscyplinarnej współpracy obejmującej leczenie chirurgiczne, racjonalną antybiotykoterapię oraz intensywne monitorowanie i leczenie ogólnoustrojowe. Próba obiektywizacji stanu klinicznego jest ocena czynników rokowniczych poprzez wykorzystanie skal rokowniczych /np. APACHE II, MPI/. Oprócz oceny miejscowej niezbędna jest ocena cech zespołu uogólnionej reakcji zapalnej /SIRS/, sepsy lub zespołu niewydolności wielonarządowej. Wymaga to wdrożenia intensywnego leczenia ogólnoustrojowego z wykorzystaniem między innymi pakietu wytycznych wg Surviving Sepsis Campaign 2012. Podstawową procedurą chirurgiczną jest znalezienie i usunięcie źródła zakażenia /source control/ z pobraniem materiału do badań bakteriologicznych. Niewłaściwe, a przede wszystkim opóźnione działanie przekłada się na złe wyniki leczenia ze wzrostem śmiertelności. W działaniach chirurgicznych wyróżniamy jednorazowe definitywne postępowanie i powtarzane relaparotomie- planowaną /planned relaparotomy/ lub na żądanie /relaparotomy on-demand/. Kolejnym elementem terapeutycznym jest antybiotykoterapia początkowo empiryczna, zmodyfikowana po otrzymaniu wyników badań bakteriologicznych. Wczesny wybór antybiotyku musi uwzględnić stan ogólny pacjenta, miejsce zakażenia, znajomość typowej flory charakterystycznej dla schorzenia oraz środowiska. Do codziennych problemów diagnostyczno-leczniczych w powikłanych zakażeniach wewnątrzbrzusznych należą:

1. Wybór metody leczenia chirurgicznego
 2. Monitorowanie dynamiki procesu zapalnego
 3. Ocena czynników ryzyka oraz czynników rokowniczych
 4. Wczesna antybiotykoterapia modyfikowana o bieżące wyniki badań bakterio-logicznych
 5. Ewentualna decyzja terapeutyczna przy braku poprawy i utrzymujących się objawach zakażenia.
- Sukces terapeutyczny to rezultat codziennej wielospecjalistycznej współpracy.

ETIOPATOGENEZA ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH

A. Stanek¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej w Bytomiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Polska, Bytom

Do czynników ryzyka odgrywających istotną rolę w etiopatogenezie żylaków kończyn dolnych zalicza się m.in. wiek, płeć żeńską, czynniki genetyczne, ciążę, otyłość, pracę w pozycji stojącej lub siedzącej. Do innych przyczyn zalicza się także niedrożność lub zwężenie żył w wyniku zakrzepicy żył głębokich, wrodzone lub nabyte przetoki tętniczo-żylne.

Przyczyny te prowadzą do powstania nadciśnienia żylnego zarówno na poziomie makrokrążenia oraz mikrokrążenia żylnego. Nadciśnienie żylnie przyczynia się do aktywacji procesu zapalnego w układzie żylnym. Jednakże ekspresja genu związanego z procesem zapalnym w śródbłonku może być indukowana nie tylko poprzez zmianę w ciśnieniu hydrostatycznym, ale także w napięciu ścinającym. Leukocyty migrują do podścieliska zastawek żylnych. Produkując wolne rodniki tlenowe, nasilają apoptozę i martwicę tkanek. Makrofagi stają się narzędziem uszkadzającym tkanki. Ponadto dochodzi do zwiększonego wydzielania metaloproteinaz (matrix metalloproteinases - MMP). MMP syntetyzowane są w komórkach w formie preproenzymu i uwalniane do przestrzeni zewnątrzkomórkowej jako proenzymy, a inaktywowane są przez tkankowe inhibitory metaloproteinaz (tissue inhibitors of metalloproteinases – TIMP).

MMP uszkadzając kolagen prowadzą do remodelingu w ścianie żyły i zastawkach, uszkodzenia zastawek oraz powstania refluksu. Degradacja kolagenu IV prowadzi do zniszczenia bariery uniemożliwiającej komórkom migrację, czego następstwem jest migracja leukocytów do ściany żył i zastawek i rozwój stanu zapalnego w tych strukturach. Dochodzi do zwiększenia zawartości kolagenu I, obniżenia zawartości kolagenu III i elastyny, co powoduje zmniejszenie elastyczności i osłabienie ściany żyły. Z odcinkami przerostu w ścianie żyły sąsiadują segmenty atroficzne z obniżoną zawartością macierzy pozakomórkowej i zwiększoną liczbą komórek zapalnych. MMP na poziomie komórki mięśni gładkich powodują upośledzenie relaksacji i mechanizmu kurczliwości, co również sprzyja powstawaniu żylaków kończyn dolnych.

KLINICZNE OBLICZA CHOROBY URAZOWEJ - PATOFIZJOLOGIA A DECYZJE TERAPEUTYCZNEJ. Lasek¹

1 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Ciężki uraz z kaskadą zmian patofizjologicznych wpływa na rozliczne mechanizmy utrzymujące cały organizm w stanie równowagi. Uszkodzenie tkanek sprzyja uwalnianiu licznych czynników hormonalnych, histaminy, prozapalnych cytokin, metabolitów, białek "ostrej fazy" oraz rozlicznych mediatorów prowadząc do uogólnionej reakcji zapalnej SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*). Jednocześnie rozwija się uogólniony kompensacyjny przeciwzapalny zespół CARS (*Compensatory Antiinflammatory Response Syndrome*). Nadmierne reakcje prozapalne sprzyjają pogłębianiu się wstrząsu, znacznemu ubytkowi zasobów energetycznych oraz zaburzeniom funkcji narządów i układów w zespole dysfunkcji wielonarządowej i wieloukładowej MODS (*Multiple Organ Dysfunction Syndrome*). Przewaga reakcji przeciwzapalnych sprzyja zaburzeniom funkcji odpornościowych oraz ciężkim infekcjom. Na przebieg choroby urazowej wpływa ciężkość pierwotnego urazu (zwłaszcza z wysokimi wartościami wskaźnika ISS), obecność politraumaty, obrażeń czaszkowo-mózgowych, utrata krwi, choroby poprzedzające uraz (cukrzyca, miażdżyca, nowotwory złośliwe, choroby płuc, otyłość, alkoholizm, narkomania), masywne przetoczenia preparatów krwi, przewlekłe przyjmowane leki oraz zaawansowany wiek poszkodowanych. Niekorzystnie wpływają długotrwałe i rozległe zabiegi operacyjne we wczesnym okresie po urazie, co przyczyniło się do ograniczenia taktyki wczesnego zaopatrywania wszystkich obrażeń ciała ETC (*Early Total Care*). Wskazano na rolę zintegrowanego podejścia do leczenia chorych po ciężkich urazach na etapie przedszpitalnym i w szpitalu z implementacją doskonalonych rekomendacji i protokołów postępowania diagnostyczno-leczniczego (FAST, whole body CT) z wnikliwym monitorowaniem stanu chorych, które sprzyjają wyborowi najbardziej optymalnego czasu leczenia operacyjnego ("timing"). U najciężej poszkodowanych przydatne są techniki małoinwazyjne oraz umiejętne stosowanie postępowania wieloetapowego z zabiegami kręgu "Damage Control".

NIEDOCZYNNOŚĆ PRZYTARCZYC PO THYROIDEKTOMII

K. Kuzdak¹, I. Nawrot², W. Chudziński², Z. Pasieka¹

1 - WSS im. M.Kopernika w Łodzi, Łódź

2 - brak, Łódź

W pracy, analizie poddano odsetek zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej w okresie okołoperacyjnym wczesnym i odległym u chorych poddanych thyroidektomii z powodu wola guzkowego obojętnego, raka zróżnicowanego tarczycy i stanów zapalnych, w tym choroby Graves-Basedova.

Porównano wyniki spadku stężeń wapnia i obniżenia stężeń parathormonu u operowanych w dwu referencyjnych ośrodkach chirurgii endokrynologicznej. Odsetek przejściowej niedoczynności przytarczyc stawia omawiane powikłanie na pierwszym miejscu wśród problemów chirurgii wola.

DIAGNOSTYKA DOPPLEROWSKA JAMY BRZUSZNEJ – MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA.A. Drelich-Zbroja¹

1 - Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

Badanie ultrasonograficzne z wykorzystaniem opcji dopplerowskich jest pierwszym narzędziem diagnostycznym w przypadku podejrzenia patologii naczyń w jamie brzusznej, zarówno tętniczych jak i żylnych. W wielu przypadkach pozwala na postawienie jednoznacznego rozpoznania i nie wymaga weryfikacji w innych technikach diagnostyki obrazowej jak ANGIO-TK, ANGIO-MR czy angiografia. W pracy omówiono zarówno obrazy morfologiczne jak i hemodynamiczne podstawowych patologii aorty brzusznej i tętnic biodrowych, tętnic i żył nerkowych, tętnic trzewnych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych, układu wrotnego. Pokazano tętniaki, rozwarstwienia, znaczące zwężenia i niedrożności oraz zakrzepice. Przedstawiono zastosowania badań dopplerowskich w diagnostyce zmian ogniskowych narządów mięszowych.

Pod koniec pracy omówiono ograniczenia tej techniki w rozpoznawaniu patologii naczyń w jamie brzusznej.

ZAKAŻENIA SZPITALNE W GERIATRII

J. Wójkowska-Mach¹

1 - Katedra Mikrobiologii CMUJ, Kraków

Starzenie się społeczeństw związane ze wzrostem ogólnej liczby i udziału starszej ludności w populacji, wiąże się jednocześnie ze wzrostem zapotrzebowania na usługi zdrowotne i opiekuńcze. Z roku na rok tego rodzaju opieki i nadzoru wymagać będzie coraz większa grupa osób starszych: w Polsce w 2011 roku wskaźnik udziału ludności w wieku ponad 65 lat wyniósł 13,5%, a w 2035 roku będzie to już prawie 25%. Szacuje się, że 15–25% osób po 65. roku życia będzie wymagało instytucjonalnej opieki długoterminowej (ang. Long-Term Care Facilities, LTCF) i/lub pomocy społecznej.

Choroby zakaźne są jednym z ważniejszych problemów zdrowia rezydentów opieki długoterminowej, obserwuje się u nich wysokie ryzyko występowania zakażeń i zarażeń. Ma to związek z wieloma obciążeniami, jak np. stan po udarze, czy wielochorobowość, ale przede wszystkim z wiekiem rezydentów. Przy wysokim ryzyku rozwoju zakażeń również nadzór nad zakażeniami powinien być sprawowany intensywnie i efektywnie. Opiekę długoterminową można zapewnić w domu w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej realizowanej we współpracy z lekarzem rodzinnym i opiekunami nieformalnymi (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) albo w instytucjach opieki całodobowej, takich jak zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZOL) oraz domy pomocy społecznej (DPS), które można wspólnie określić mianem zakładów opieki długoterminowej LTCF.

Ogółem zachorowalność w LTCF wynosi 1,8–13,5 przypadków zakażeń na 1000 osobodni pobytu. Z przesiewowych danych europejskiego programu HALT (ang. Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long term care facilities) z 13 krajów wynika, że chorobowość zakażeń w Europie wynosiła około 5%, a wg badań własnych zachorowalność w LTCF w Polsce wynosiła 2,7/1000 osobodni. Oznaczałoby to, że w ciągu roku w Polsce w około 320 funkcjonujących ZOL-ach dochodzi do rozwoju około 151 200 przypadków zakażeń. Śmiertelność pensjonariuszy LTCF z powodu zakażeń wynosi 0,04–0,71 na 1000 osobodni pobytu (zatem w Polsce było by to około 40 000 zgonów), a główną przyczyną jest zapalenie płuc. Zakażenia są też główną przyczyną hospitalizacji pensjonariuszy LTCF.

Oprócz zakażeń endemicznych, takich jak zakażenia układu moczowego (ZUM) oraz zakażeń dolnych dróg oddechowych powszechne są także epidemie zakażeń, skóry i tk. miękkich, dróg oddechowych i pokarmowych.

ORGANIZACJA LECZENIA NASTĘPSTW URAZÓW.

A. Nogalski¹, T. Lubek¹, M. Jojczuk¹, P. Łukasiewicz¹

1 - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Rosnące zagrożenia dla społeczeństw związane z urazami, jak również złożone procesy występujące w przebiegu choroby urazowej powodują, że efektywna organizacja leczenia urazów jest przedmiotem ciągłych badań i wyzwaniem dla osób i instytucji na świecie odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Zwłaszcza w przypadku poszkodowanych z obrażeniami najcięższymi, gdzie czynnik czasu odgrywa decydującą rolę, sprawna organizacja leczenia decyduje o poprawie wyników końcowych. Badania naukowe dowodzą, że nie pojedyncze ośrodki, ale sieć zintegrowanych ośrodków o różnym poziomie referencyjności, obejmująca swym zasięgiem określony region państwa jest najskuteczniejszym sposobem organizacji leczenia urazów zarówno z medycznego, jak i ekonomicznego punktu widzenia.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie najskuteczniejszych systemów organizacyjnych leczenia następstw urazów funkcjonujących obecnie na Świecie w zestawieniu z próbami rozwiązania tego problemu, które miały miejsce w Polsce w ciągu ostatnich kilkunastu lat.

Wyniki: W pracy przedstawiono zasady organizacji i funkcjonowania optymalnego systemu leczenia następstw urazów oraz oczekiwane rezultaty związane z jego wprowadzeniem na danym obszarze. Kluczowe kroki organizacji systemu leczenia następstw urazów to: Określenie poziomu referencyjności szpitali tworzących system w procesie akredytacji poszczególnych ośrodków i utworzenie instytucji monitorującej efektywność systemu w oparciu o rejestr urazów.

Wnioski. Przykłady krajów i regionów w których funkcjonują obecnie najskuteczniejsze systemy leczenia następstw urazów wskazują, że tworzenie optymalnego systemu jest procesem wieloletnim, etapowym, który wymaga ciągłego monitorowania i usprawniania

KONCEPCJA „ICU OUTREACH TEAM” I „ELARY WARNING SCORING” W ŚWIETLE DANYCH Z LITERATURY MEDYCZNEJ.

W. Goździk¹

1 - Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wrocław

W latach 2006-2008 Institute for Health Improvement opublikował dokument "Campaign to prevent 5 million incidents of medical harm over a period of two years (2006- 2008)". Stwierdzono w nim, że wzrost liczby szpitalnych zdarzeń niepożądanych jest w większym stopniu wynikiem niewłaściwej struktury i organizacji systemu opieki szpitalnej, niż konsekwencją indywidualnych pomyłek lekarskich. Podstawowe przyczyny to: spadek ilości łóżek w szpitalach leczących nagłe schorzenia i urazy, konieczność leczenia chorych w cięższym stanie na oddziale ogólnym, starzenie się społeczeństwa i wzrost liczby zabiegów wykonywanych u chorych w podeszłym wieku oraz brak wzrostu liczby łóżek intensywnej terapii.

Przyczyny niepowodzeń leczenia szpitalnego określono terminem „Failure to rescue”. Są to najczęściej niezauważane w odpowiednim czasie sygnały ostrzegawcze, poprzedzone na wiele godzin lub minut pojawieniem się klinicznych objawów zaburzeń czynności życiowych. Zaproponowano wdrożenie działań prewencyjnych, które określono mianem „Intensywnej terapii bez granic” z utworzeniem szpitalnych zespołów ratunkowych (Rapid Response Systems - RRS) i obejmować chorych wysokiego ryzyka zagrożeń życia leczonych poza OIT. RRS zawiera : tzw. " ramię dośrodkowe", którego zadaniem jest rozpoznanie zagrożenia, poprzez prognozowanie i wykrywanie na podstawie ustandaryzowanych kryteriów wezwania i Early Warning Scores (skal punkowych oceny zagrożenia chorego w oddziale macierzystym). „Ramię odśrodkowe” jest zespołem szybkiego reagowania na zagrożenia szpitalne. W różnych krajach są to Medical Emergency Team (MET), Rapid Response Team (RRT) lub Critical Care Outreach (CCO). W Europie opracowano wiele systemów oceny zagrożenia opartych na skalach punkowych jak np. Modified Early Warning Score (MEWS), a od 2012 roku we wszystkich szpitalach NHS obowiązuje National Early Warning Score (NEWS), W Australii i USA systemy powiadamiania oparto o kryteria powiadamiania MET, w systemie 0/1, gdzie każda odpowiedź na TAK uruchamia szpitalny zespół ratunkowy.

Ocena skuteczności funkcjonowania RRS napotyka na szereg problemów metodologicznych. Wprowadzenie RRS jest zalecane przez organizacje ochrony zdrowia w wielu krajach, pomimo braku jednoznacznych dowodów na poziomie 1. Pomimo tego wydaje się, że idea „intensywnej terapii bez granic” będzie się rozwijać. Motorem napędowym jest przekonanie, że prewencja i wczesna interwencja są korzystne oraz, że szpitale staną się przez to bezpieczniejsze.

WSPÓŁCZESNE SPOSOBY LECZENIA ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH

Z. Rybak¹

1 - Uniwersytet Medyczny, Zakład Chirurgii Eksperymentalnej i Badania Biomateriałów, Wrocław

Od wielu lat powszechnym sposobem leczenia żyłaków kończyn dolnych jest ich chirurgiczne usunięcie (stripping, flebektomia, miniflebektomia). Jednak ostatnie dwie dekady wnoszą nową strategię opartą na zachowaniu żył powodując ich destrukcję od wnętrza. Są to szeroko pojęte metody wewnątrznaczyniowe do których zaliczamy: laser, fale radiowe wysokiej częstotliwości (RF), Krioablację, chemoablację, mechaniczną destrukcję oraz różne kombinacje powyższych metod. Nowością ostatnich trzech lat jest zastosowanie kleju oraz pary wodnej do zamykania niewydolnych pni żylnych. Na podstawie przeprowadzonych badań randomizowanych nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między takimi technikami jak stripping, laser, RF, skleroterapia w aspekcie liczby nawrotów w okresie pięcioletnim. Różnica polega na poprawie jakości życia po zabiegu, skróceniu czasu niezdolności do pracy, rozszerzeniu wskazań do zabiegu (nie ma konieczności znieczulenia ogólnego lub epiduralnego), obniżeniu kosztów leczenia. W niektórych krajach Unii Europejskiej oraz w Ameryce zrezygnowano z wykonywania strippingu jako metody leczenia żyłaków z wyboru na rzecz laserowej techniki (Wielka Brytania) czy RF (Francja). Dzięki rozwojowi flebologii, aktualnie w Polsce nadążamy za trendami światowymi i stosujemy również te najnowsze techniki jak leczenie żyłaków parą wodną lub klejem. W najbliższych latach winno się podjąć w Polsce dyskusję jaką przyjąć powszechną strategię w leczeniu żyłaków mając na uwadze bezpieczeństwo i jakość życia pacjenta po zabiegu oraz obniżenie kosztów leczenia.

WSPÓŁCZESNA STRATEGIA MEDYCZYNY RATUNKOWEJ W LECZENIU OBRAŻEŃ CIAŁAJ. Ładny¹

1 - Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Białystok

Przedstawiono fakty dotyczące mnogich obrażeń ciała. Podano charakterystykę oraz podział śmiertelności pourazowej. Następnie omówiono patofizjologię obrażeń ciała. W dalszej części przedstawiono problematykę postępowania przedszpitalnego ze szczególnym omówieniem personelu do opieki przedszpitalnej oraz sposoby oceny pacjenta. Scharakteryzowano: Skalę ciężkości obrażeń oraz zmodyfikowaną Skalę oceny ciężkości obrażeń. Podano ocenę przeżywalności dla różnej wartości przedstawionych skal. Rozwiązano przedszpitalne dylematy postępowania okołourazowego oraz główne mechanizmy okołourazowego zagrożenia życia. Podano sposoby dokonywania Triage. Wskazano na kryteria podejmowania właściwych decyzji w postępowaniu przedszpitalnym. Zwrócono uwagę na ważność zagadnienia łączności zespołów przedszpitalnych z oddziałem ratunkowym. Podano zasady i zalecaną treść raportu przedszpitalnego.

Określono szczegółowo sposób przygotowania SOR przed przybyciem pacjenta urazowego. Podano cele i sekwencję początkowego postępowania okołourazowego. Zasady działań w etapie początkowym podzielono na dwie kluczowe składowe: 1. resuscytację funkcji życiowych, która musi być prowadzona równolegle z rozwijaniem oceny wstępnej oraz 2. leczenie natychmiastowe, które powinno być priorytetem przed rozwijaniem diagnostyki.

Ocenę wstępną oparto na schemacie ABCDE. Zwrócono uwagę, że w schemacie ABCDE 'A' jest przed 'B', 'B' przed 'C' i tak dalej. Przed przejściem do następnej litery należy rozwiązać problem poprzedniej. A irway (wraz z ochroną szyi) - DROŻNE, B reathing/ventilation - EFEKTYWNE C irculation (wraz z opanowaniem krwawień) - ADEKWATNE, D isability (badanie neurologiczne) E xposure – (poszukiwanie innych obrażeń) - ADEKWATNE. OSTATECZNA DIAGNOZA NIE JEST NAJWAŻNIEJSZA NA TYM ETAPIE. Zwrócono uwagę, że KATASTROFALNY KRWOTOK JEST WYJĄTKIEM OD ABCDE!

Podano zasady oceny wstępnej w praktyce SOR. Ocenę wstępną uzupełniono zasadami resuscytacji płynowej i terapii natychmiastowej. Wskazano, że zakończenie oceny wstępnej i prawidłowo wykonana terapia natychmiastowa umożliwiają podjęcie Oceny Wtórnej. Podano jej zasady i sposoby przeprowadzenia. Odpowiednia ocena pacjenta oraz skuteczna resuscytacja umożliwia podjęcie decyzji o leczeniu operacyjnym i / lub intensywnej terapii. Podano priorytety chirurgii okołourazowej: 1. ZABIEG RATUJĄCY ŻYCIE - natychmiast -nawet w trakcie resuscytacji, 2. ZABIEG PILNY 1–2 godz. po rutynowej resuscytacji. Określono WSKAZANIA DO INTERWENCJI CHIRURGICZNEJ.

**ZASTOSOWANIE PŁATA Z MAŁŻOWINY USZNEJ W REKONSTRUKCJACH UBYTKÓW
PORESEKCYJNYCH RÓŻNYCH OKOLIC REGIONÓW GŁOWY I SZYI**

Ł. Krakowczyk¹

1 - Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej. Centrum Onkologii IMSC w Gliwicach, Gliwice

Nowotwory głowy i szyi w Polsce stanowią około 6% nowotworów i są przyczyną około 5% zgonów z powodu choroby nowotworowej. Uzyskanie radykalnego marginesu podczas resekcji guzów tej okolicy najczęściej wiąże się z zastosowaniem technik chirurgii rekonstrukcyjnej i mikronaczyniowej. W pracy przedstawiono materiał kliniczny obejmujący przypadki resekcji guzów regionu głowy i szyi z zastosowaniem wolnego płata z małżowiny usznej(AFF) do rekonstrukcji ubytków poresekcyjnych. Wolny płat AFF oparty jest na naczyniach skroniowych powierzchownych co umożliwia funkcjonalne odtworzenie różnych anatomicznych struktur regionu głowy i szyi.

DZIAŁALNOŚĆ SEKCJI CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ TCHP-TERAŻNIEJSZOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ

Ł. Krakowczyk¹

1 - Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej. Centrum Onkologii IMSC w Gliwicach, Gliwice

Sekcja Chirurgii Rekonstrukcyjnej przy Towarzystwie Chirurgów Polskich została założona w 2010 roku. Zrzesza w chwili obecnej ok 300 członków różnych dziedzin zabiegowych w szczególności: chirurgów plastycznych, ogólnych, onkologicznych, chirurgów szczękowo-twarzowych, laryngologów oraz wielu innych specjalizujących się w dziedzinach zabiegowych. W prezentacji przedstawiono główne kierunki rozwoju i pomocy wszystkim zainteresowanym tą dziedziną chirurgii.

TECHNICZNE ASPEKTY ALLOGENICZNYCH PRZESZCZEPÓW TWARZY

A. Maciejewski¹

1 - Centrum Onkologii-Institut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Gliwice

Dotychczas w Centrum Onkologii – Instytucie m. Marii Skłodowskiej-Curie dotychczas przeprowadzono dwa allogeniczne przeszczepy twarzy. Pierwszy był procedurą ratującą życie u 33-letniego pacjenta, który w wyniku nieszczęśliwego stracił twarz. Zabieg trwał 27 godzin i obejmował przeszczepienie zarówno tkanek miękkich, jak i elementy kostne. Kolejny przeprowadzono u 28 letniej pacjentki z chorobą Recklinghausena, u której stwierdzono znaczą deformację tkanek miękkich twarzy. Oba zakończyły się sukcesem i aktualnie pacjenci ci podlegają okresowym kontrolom w IO.

REKONSTRUKCJE ROZLEGŁYCH UBYTKÓW PORESEKCYJNYCH GÓRNEJ DROGI ODDECHOWEJ I POKARMOWEJ.

A. Maciejewski¹

1 - Centrum Onkologii-Institut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach, Gliwice

W Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej pacjenci kwalifikowani są do zabiegów resekcyjno-rekonstrukcyjnych tak, aby funkcje życiowe i estetyka po operacji były jak najlepsze. Dla uzyskania optymalnego efektu takiego leczenia stosuje się m.in. techniki chirurgii plastycznej i mikrochirurgii rekonstrukcyjnej w tym również przy rekonstrukcjach rozległych ubytków poresekcyjnych górnej drogi oddechowej i pokarmowej.

ZNACZENIE KLINICZNE STANÓW NAGŁYCH W ONKOLOGII

A. Szawłowski¹

1 - Centrum Onkologii, Warszawa

Stany nagłe (naglące) u chorych z nowotworową chorobą to kliniczne sytuacje kiedy następuje nagłe lub przewlekłe ale szybko postępujące pogorszenie stanu ogólnego chorego stwarzające w skrajnych przypadkach zagrożenie życia. Dochodzi do nich w wyniku : **podstawowej choroby** (inwazyjność/wirulencja nowotworu); **czynników miejscowych**- krwawienie, niedrożność, perforacja, ból, duszność, kaszel, patologiczne złamania kości, wysięki nowotworowe w jamach ciała; **czynników ogólnych**- niedożywienie/wyniszczenie nowotworowe, gorączka, zaburzenia świadomości, nudności/wymioty, biegunka, zaparcia, niedokrwistość , skaza krwotoczna, zespół wątrobowo-nerkowy, przełom tarczycowy/nadnerczowy, tężyczka , depresja/stany lękowe; **leczenia onkologicznego**- powikłania chirurgii, radioterapii , chemioterapii i w wyniku chorób towarzyszących nieraz wykluczających możliwość zastosowania onkologicznego leczenia (niewydolność krążeniowo-oddechowa, nerek, wątroby).

U chorych na lite nowotwory wymagających pierwotnego leczenia chirurgicznego stany nagłe (ostre) wymagające pilnej interwencji chirurgicznej to około 10% przypadków.

Leczenie stanów nagłych w onkologii uzależnione jest od specyfiki problemu i przede wszystkim od stanu ogólnego chorego i generalnie polega na : chirurgii - farmakoterapii - radioterapii i nieraz jako jedynie rozsądne postępowanie leczeniu objawowym.

ZAKAŻENIA SZPITALNE W NEUROCHIRURGII

M. Wałaszek¹

1 - Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, Tarnów

WSTĘP: Pacjenci oddziałów neurochirurgicznych są narażeni na wiele czynników ryzyka powstania zakażenia szpitalnego HAI (Healthcare-Associated Infections), wśród których jako najistotniejsze wymienia się: leczenie operacyjne, inwazyjne diagnozowanie i wspomaganie czynności życiowych pacjenta.

CELE: Celem pracy była ocena występowania i struktury zakażeń szpitalnych u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Neurochirurgii w dziesięcioletnim okresie badania w Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Łukasza w Tarnowie.

METODYKA: Analizowano dane dotyczące 13 351 pacjentów hospitalizowanych w latach od 2003 do 2012. W analizie materiału wykorzystano standardowe metody epidemiologiczne i ujednolicone definicje zakażeń szpitalnych wydane przez ECDC (European Center for Disease Prevention and Control). W pracy tej, procedury operacyjne opisane w ICD 9-CM poddano mapowaniu zgodnie z wytycznymi ECDC i w konsekwencji wyodrębniono sześć grup operacji neurochirurgicznych podlegających nadzorowi: LAM (Laminectomy), FUSN (Spinal Fusion), RFUSN (Refusion of Spine), CRAN (Craniotomy), VSHN (Ventricular Shunt Operations, Including Revision and Removal of Shunt), OTH (Other).

WYNIKI: Częstość występowania zakażeń szpitalnych w oddziale neurochirurgii wynosiła 3,86%. Zakażenia miejsca operowanego były najczęściej występującymi zakażeniami, stanowiąc 27,1% wszystkich zakażeń. Drugie miejsce zajmowały zakażenia krwi wynoszące 24,8%. Na trzecim miejscu uplasowały się szpitalne zapalenia płuc w wielkości 24,6%. Czwarte miejsce zajęły zakażenia układu moczowego stanowiąc 14,3%. W następnej kolejności wykrywano zakażenia przewodu pokarmowego które stanowiły 6,8%. Listę zamykają zakażenia skóry i tkanek miękkich, których było 2,3%. Zachorowalność na zakażenia miejsca operowanego w poszczególnych typach zabiegów kształtowała się następująco: LAM (0,93%); FUSN (3,32%); CRAN (2,44%); VSHN (3,75%); OTH (0,23%). Wśród czynników etiologicznych rozpoznanych zakażeń szpitalnych dominował *Staphylococcus aureus*.

WNIOSKI: 1. Zachorowalność na zakażenia miejsca operowanego w operacjach typu LAM, FUSN CRAN, VSHN w badanym oddziale była na porównywalnym poziomie jak wyniki badań CDC, a w przypadku LAM również z ECDC.

2. Zakażenia krwi związane z cewnikowaniem naczyń centralnych, zapalenia płuc związane ze sztuczną wentylacją występowały częściej w badanym oddziale neurochirurgii niż w porównywanym programie CDC.

MAŁOINWAZYJNE METODY LECZENIA NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO

M. Szczepkowski^{1,2}, A. Przywózka¹, M. Niemirowicz-Szczyt¹, M. Klimkowski¹

- 1- Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie
- 2- Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Na przestrzeni ostatnich 20 lat obserwuje się dynamiczny rozwój technik małoinwazyjnych w chirurgii kolorektalnej, a w szczególności techniki laparoskopowej w operacjach raka jelita grubego. Technika ta stanowi atrakcyjną opcję terapeutyczną dla chirurga, szpitala a przede wszystkim dla pacjenta u którego obserwuje się mniejszy odsetek powikłań okołoperacyjnych, krótszy pobyt w szpitalu oraz szybszy powrót do normalnej aktywności. Operacja w technice laparoskopowej jest porównywalna do operacji wykonywanej metodą otwartą w kontekście okresu przeżycia wolnego od choroby, całkowitego przeżycia i wznowy miejscowej. Na podstawie licznych badań możemy jednoznacznie stwierdzić, iż obawy o doszczętność onkologiczną, liczbę węzłów chłonnych w preparacie, przerzuty w miejscach po trokarach czy koszty obecnie nie są nieuzasadnione. Inną z technik małoinwazyjnych jest chirurgia z wykorzystaniem robota operacyjnego, który znalazł zastosowanie w przypadku operacji takich jak: kolektomia, przednia niska resekcja oraz brzuszno- kroczoza amputacja odbytnicy. Pomimo, iż w porównaniu do operacji laparoskopowych chirurgia robotowa cechuje się dłuższym czasem operacji to na jej korzyść przemawiają argumenty takie jak: skrócenie długości hospitalizacji, zmniejszona śródoperacyjna utrata krwi oraz zmniejszenie odsetka powikłań. Należy jednak stwierdzić, że koszty zastosowania tej technologii są bardzo wysokie i z tego powodu nie znalazła ona szerszego zastosowania w naszym kraju. Innymi technikami małoinwazyjnymi są operacja miejscowego wycięcia raka odbytnicy- technika Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) oraz technik taTME/TAMIS, czyli transrektalne wycięcie z jednoczesnym wykonaniem Total Mesorectal Excision z laparoskopową asystą. Według doświadczenia autorów i danych z piśmiennictwa metoda ta będzie w najbliższym czasie zyskiwać na popularności choć jest to technika wymagająca znacznego doświadczenia zarówno w chirurgii kolorektalnej jak i biegłości w technikach minimalnie inwazyjnych.

ROLA CHIRURGII MINIMALNIE INWAZYJNEJ W OPERACYJNYM LECZENIU PRZEPUKLIN OKOŁOSTOMIJNYCH – STATE OF ART, POLSKIE DOŚWIADCZENIA I OSIĄGNIĘCIA

M. Szczepkowski^{1,2}, P. Skoneczny¹, M. Klimkowski¹, A. Przywózka¹, P. Czyżewski^{1,2}

1- Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie

2- Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Przepuklina okołostomijna stanowi nadal problem ważny, aktualny i nie do końca rozwiązany. Należy podkreślić znaczące zasługi polskich badaczy w rozwoju chirurgii przepuklin okołostomijnych. W 2011 roku stworzono klasyfikację przepuklin okołostomijnych tzw. „Bielanski Hospital Classification (BHC). W oparciu o tą klasyfikację stworzono następnie klasyfikację Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego (EHS). W 2013 roku opublikowano Polskie Wytyczne Leczenia Pacjentów z Przepukliną Okołostomijną, które pozwoliły na usystematyzowanie wiedzy i algorytmów leczenia. Obecnie w chirurgii przepuklin obserwuje się trend w kierunku wykorzystania technik minimalnie inwazyjnych takich jak laparoscopia. Chirurgi coraz chętniej wykorzystują tę technikę ze względu na niższy odsetek powikłań pooperacyjnych. W literaturze można znaleźć najwięcej doniesień na temat zmodyfikowanej techniki Sugarbakera z dostępu laparoskopowego. W technice tej jelito przemieszczane jest do bocznego brzegu wrót przepukliny, gdzie jest przyszywane i przykrywane siatką. Kolejną techniką jest technika „key-hole”. Trzecią techniką jest technika Sandwich (tzw. „Kanapkowa”), która stanowi połączenie technik Sugarbakera i „key-hole”. Wykorzystuje się w niej dwie siatki, które umieszcza się wewnątrzotrzewnowo – jedną w technice key-hole i drugą płaską, która ma za zadanie utworzyć tunel dla pętli jelitowej. Analiza wyników leczenia przepuklin okołostomijnych pozwala stwierdzić, że nierzadko odsetek nawrotów jest niezadowalający. W związku z tym zespół badaczy ze Szpitala Bielańskiego opracował technikę HyPER (Hybrid Parastomal Endoscopic Re- do). Jest to metoda minimalnie inwazyjna, łącząca w sobie zalety i elementy techniki laparoskopowej i klasycznej pozostając metodą minimalnie inwazyjną. Znalazła ona zastosowanie u pacjentów nawet z dużymi przepuklinami okołostomijnymi i w bliżnie pooperacyjnej (typ III i IV wg BHC/EHS). Technika HyPER oparta jest na czterech etapach z umieszczeniem laparoskopowym siatki wewnątrzotrzewnowo. Wczesne (follow up-ponad 12 miesięcy) wyniki leczenia metodą HyPER są bardzo zachęcające. Metoda ta obecnie budzi bardzo wielkie zainteresowanie na świecie i zdaniem autorów będzie przełomem w leczeniu przepuklin okołostomijnych.

TEM JEST NAJLEPSZYM SPOSOBEM WE WCZESNYM RAKU

M. Szczepkowski ^{1,2}, A. Przywózka ¹, B. Ziemiecki ¹, M. Wądołek ¹

- 1- Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie
- 2- Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Technika TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) jest techniką małoinwazyjną, która znajduje coraz szersze zastosowanie w miejscowym wycięciu nowotworów odbytnicy, zwłaszcza we wczesnym stadium zaawansowania. Do operacji w tej technice kwalifikuje się starannie wyselekcjonowaną grupę pacjentów z guzami w stopniu zaawansowania T1 o niskim potencjale złośliwości, dobrze zróżnicowane, nie wykazujące naciekania miejscowego oraz przerzutów odległych. Istotnym czynnikiem rokowniczym wznowy miejscowej jest stopień naciekania warstwy podśluzówkowej odbytnicy (cecha Sm). Przegląd najnowszej literatury oraz własne doświadczenie wskazują, że wyniki odległe TEM są porównywalne do standardowych operacji z dostępu otwartego pod względem odsetka wznów miejscowych oraz przeżycia całkowitego i wolnego od choroby we wczesnym raku. Dodatkowo w porównaniu do operacji z dostępu klasycznego technika ta cechuje się mniejszym odsetkiem śmiertelności oraz innych powikłań takich jak: śródoperacyjna utrata krwi czy zakażenie miejsca operowanego. Jej zaletą jest również skrócenie czasu operacji oraz długości hospitalizacji. U pacjentów operowanych w tej technice odnotowano wyższy wskaźnik jakości życia w porównaniu do operacji klasycznych, co więcej nie odnotowano istotnych zaburzeń czynności anorektalnych. TEM znalazło też zastosowanie również w przypadku nowotworów w stopniu zaawansowania T2N0M0 oraz T1 w grupie z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi zwłaszcza u pacjentów obciążonych z bardzo wysokim ryzykiem powikłań wynikających z rozległości operacji. Jednak w tych przypadkach warunkiem pomyślnego leczenia i uzyskania dobrej odpowiedzi patologicznej i klinicznej jest przeprowadzenia leczenia neoadjuwantowego (przedoperacyjnej radio- lub radiochemioterapii).

URAZOWE USZKODZENIA ZWIERACZY ODBYTU – ZASADY POSTĘPOWANIA

M. Szczepkowski ^{1,2}, A. Przywózka ¹, T. Zieliński ¹

- 1- Kliniczny Oddziału Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie
- 2- Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Urazowe uszkodzenia odbytu są spowodowane najczęściej pęknięciem krocza w trakcie porodu drogą pochwową. Inne rzadsze przyczyny to urazy w trakcie działań wojennych, urazy jatrogenne podczas zabiegów chirurgicznych (głównie hemoroidektomia), analne stosunki seksualne oraz wypadki. Celem naprawy uszkodzeń aparatu zwieraczowego jest zapewnienie hemostazy, anatomiczna rekonstrukcja oraz profilaktyka zakażeń. Ostre uszkodzenie zwieraczy wymaga pilnej rekonstrukcji w której wykorzystujemy technikę „koniec do końca” oraz technikę „na zakładkę”. Porównanie powyższych technik nie wykazało istotnych statystycznie różnic co do: bólu w okolicy krocza, dyspareunii, nietrzymania gazów jelitowych oraz nietrzymania stolca. Argumentami przemawiającymi na korzyść techniki „na zakładkę” jest zmniejszenie częstości naglącego parcia na stolec, niższy wynik w skali nietrzymania stolca oraz mniejsze narażenie na nasilenie się objawów nietrzymania stolca po 12 miesiącach. Jednak zgodnie z aktualnymi wytycznymi Royal College of Obstetricians and Gynaecologists nie można jednoznacznie wykazać przewagi żadnej z technik. Odroczenie w czasie rekonstrukcji (nawet do 12 godzin) nie wpływa negatywnie na nasilenie nietrzymania stolca, jednak pomimo to nie zaleca się opóźnienia w czasie operacji naprawczej. Opóźnienie może być usprawiedliwione, gdy nie można uzyskać natychmiastowej pomocy bardziej doświadczonego lekarza. Nie zaleca się wykonywania stomii protekcyjnej czy stosowania diety zapierającej w postępowaniu pooperacyjnym. Najczęstszym i najpoważniejszym powikłaniem uszkodzenia zwieraczy jest nietrzymanie stolca. W leczeniu tego powikłania stosuje się metody nieoperacyjne (modyfikacja diety, medytacje, biofeedback) oraz metody operacyjne (sphincteroplastyka, sztuczny zwieracz lub transpozycja mięśni oraz stomia jelitowa). Nową techniką jest podawanie kwasu hialuronowego do kanału odbytu mające na celu jego zwężenie. Przegląd literatury nie pozwala na jednoznacznie stwierdzenie przewagi żadnej z metod leczenia. W strategii postępowania bardzo istotne jest indywidualizacja przypadku klinicznego oraz doświadczenie lekarza.

ZAOPATRYWANIE PRZEPUKLIN OKOŁOSTOMIJNYCH

M. Szczepkowski^{1,2}, G. Gil¹, A. Kobus¹, W. Drewniak¹, A. Przywózka¹

- 1- Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Szpitala Bielańskiego w Warszawie
- 2- Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Przepuklina okołostomijna jest najczęstszym i najpoważniejszym późnym powikłaniem stomii jelitowej. Obecnie „złotym standardem” leczenia przepuklin okołostomijnych, pozwalającym na zmniejszenie odsetka nawrotów, jest operacja naprawcza z użyciem siatki syntetycznej, którą można umieścić podskórnio, przedotrzewnowo lub wewnątrzotrzewnowo (IPOM). Operację klasyczną można wykonać z dostępu otwartego lub z (preferowanego w naszym ośrodku) dostępu bezpośredniego. Techniki takie jak naprawa powięziowa i przemieszczenie stomii cechują się wysokim odsetkiem nawrotów i są niezalecane. W ostatnich latach coraz większą popularność zdobywa laparoskopowa technika operacji przepuklin okołostomijnych, która wykorzystuje techniki takie jak: zmodyfikowaną technikę Sugarbakera, technikę dziurki od klucza „key-hole” oraz technikę kanapkową „sandwich technique”. Obecnie nie ma metaanaliz porównujących wyniki odległe leczenia przepuklin okołostomijnych techniką laparoskopową i klasyczną (z dostępu otwartego). Nieliczne doniesienia dotyczące ww. technik w obserwacji krótkoterminowej nie wykazują różnic statystycznych jeżeli chodzi o powikłania pooperacyjne. Na podstawie znaczącego i wieloletniego doświadczenia w Szpitalu Bielańskim w Warszawie opracowano nową technikę naprawy przepuklin okołostomijnych o nazwie HyPER – „Hybrid Parastomal Endoscopic Re-do”, która łączy w sobie zalety techniki laparoskopowej z techniką klasyczną z dostępu otwartego. Wstępne wyniki leczenia w tej technice są niezwykle obiecujące i zdaniem autorów metoda ta stanie się przełomem w leczeniu tej trudnej patologii.

WYSTĄPIENIA USTNE

ZABURZENIA FUNKCJONOWANIA DOJRZAŁYCH KOMÓREK DENDRYTYCZNYCH W KORELACJI Z PRZERZUTAMI W OKOLICZNYCH WĘZŁACH CHŁONNYCH U CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO.

D. Cepowicz¹, A. Pryczenicz², K. Zaręba¹, M. Gryko¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej UM w Białymstoku, Białystok

2 - Zakład Patomorfologii Ogólnej UM w Białymstoku, Białystok

Komórki dendrytyczne odgrywają kluczową rolę w prezentacji antygeny oraz aktywacji komórek T. Są niezwykle istotne w anty-nowotworowej odpowiedzi immunologicznej. Dlatego też celem niniejszych badań była szczegółowa analiza obecności dojrzałych komórek dendrytycznych (CD 83 pozytywnych) w raku jelita grubego w korelacji z wybranymi parametrami kliniczno-patologicznymi.

Celem pracy była ocena zaburzeń funkcjonowania dojrzałych komórek dendrytycznych w korelacji z przerzutami w okolicznych węzłach chłonnych u chorych na raka jelita grubego.

Obecność dojrzałych komórek dendrytycznych (mDCs) oznaczono immunohistochemicznie przy zastosowaniu przeciwciała anti-CD83. Analizę morfometryczną mDCs przeprowadzono w prawidłowej ścianie jelita grubego sąsiadującej z guzem nowotworowym a także we fronie guza oraz w głównej masie guza nowotworowego

Obserwowano spadek mDCs we fronie jak i w głównej masie guza. Wzrost liczby mDCs w obu tych lokalizacjach wiązał się z obecnością przerzutów w okolicznych węzłach chłonnych ($p < 0.05$ i $p < 0.01$ odpowiednio). Ponadto wzrost odsetka mDCs w głównej masie guza wiązał się z obecnością naciekania komórek nowotworowych do naczyń krwionośnych i limfatycznych ($p < 0.01$).

Spadek liczby mDCs w raku jelita grubego, wiąże się z ucieczką komórek nowotworowych przed systemem immunologicznym. Ponadto wzrost ilości mDCs w guzie nowotworowym ma związek z inwazyjnością guza, zwłaszcza z przerzutowaniem do okolicznych węzłów chłonnych.

ZASTOSOWANIE MATERIAŁÓW BIOLOGICZNYCH DO ZAMKNIĘCIA POWŁOK U PACJENTÓW Z UBYTKIEM POWIĘZI, ZAKAŻENIEM MIEJSCA OPEROWANEGO LUB NAWROTOWĄ PRZEPUKLINĄ.

K. Jędrzejko¹, R. Kieszek¹, P. Domagała¹, M. Serwańska¹, M. Wszola¹, M. Kwapisz¹, M. Bieniasz¹, M. Jonas¹, A. Berman¹, A. Jóźwik¹, A. Chmura¹, A. Kwiatkowski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM, Warszawa

U pacjentów poddawanych wielokrotnym relaparotomiom może pojawić się problem związany z ubytkiem tkanek uniemożliwiającym skuteczne zamknięcie powłok. Takim przypadkom często towarzyszy zakażenie miejsca operowanego, które nie pozwala na wykorzystanie tradycyjnych metod i zastosowanie syntetycznych siatek.

Cel pracy: Celem pracy była analiza wykorzystania materiału biologicznego do zamknięcia powłok jamy brzusznej u pacjentów z ubytkiem tkanek, u pacjentów, u których doszło do zakażenia miejsca operowanego lub zakażenia zastosowanej wcześniej syntetycznej siatki.

Chorzy i metody: Analiza dotyczyła pacjentów z przepukliną w bliźnie pooperacyjnej, nieskutecznie zaopatrywaną wcześniej z użyciem siatki syntetycznej oraz jej zakażeniem (2 przypadki) lub z ubytkiem tkanek w wyniku wielokrotnych relaparotomii i zakażeniem miejsca operowanego (4 chorych). We wszystkich analizowanych przypadkach do zaopatrzenia powłok wykorzystano bezkomórkowy skórnym kolagen wieprzowy z włóknami elastyny – Permacol. Permacol został zastosowany w przypadkach, w których klasyczne metody leczenia ewentracji czy przepukliny były nieskuteczne.

Wyniki: We wszystkich analizowanych przypadkach zastosowana metoda leczenia okazała się skuteczna. U pacjentów z ewentracją, bądź zakażeniem rany, nastąpiło wygojenie rany i zakończono terapię. U pacjentów z przepukliną w bliźnie pooperacyjnej nie stwierdzono nawrotu przepukliny.

Wniosek: Permacol jest materiałem, który z sukcesem może być stosowany u pacjentów z ubytkiem tkanek z zakażeniem miejsca operowanego, nawrotową przepukliną z zakażeniem siatki w trudnych przypadkach, gdzie inne metody postępowania okazały się nieskuteczne.

THE ANALYSIS OF INGUINAL HERNIA MANAGEMENT USING DESARDA'S TECHNIQUE: SINGLE SURGEON EXPERIENCE

O. Kharyshyn¹

1 - Slavuta Central District Hospital Surgery Department, Slavuta Khmelnytsky Region

A repair of an inguinal hernia is one of the most common operations performed in general surgery. A preferable method of inguinal hernia repair is tension-free mesh technique. Desarda's technique was presented in 2001 as an original tissue-based repair method using an undetached strip of external oblique aponeurosis.

Aim of the study. Evaluation of the treatment results of patients, who underwent inguinal hernioplasty by Desarda's technique.

Material and methods. From December 2007 to December 2014, among 612 patients who underwent hernioplasty, 97 patients with 103 inguinal hernias (male – 93 (95,9%), female – 4 (4,1 %) were operated by single surgeon using Desarda's method at Surgery Department of Slavuta Central District Hospital. The following options: age, type and location of hernia, duration of a surgical procedure, type of anesthesia, postoperative pain (evaluated by VAS) and complications were analyzed.

Results. The average age of patient within our study $52,9 \pm 16,7$ years (range 20 – 88). There were 68 indirect and 29 direct hernias. Desarda's method was used for treatment of 3 recurrent and 2 strangulated inguinal hernias. In 6 cases, bilateral hernias were operated. The average duration of operation was $45,17 \pm 12,8$ minutes. Eighty one patients were operated using local anesthesia (83,5%), 10 (10,3%) – under spinal and other 6 (6,18%) – under general anesthesia. 5 patients (4,85% of the whole quantity) suffered from postoperative complications (among them 2 cases of seroma, 1 case of subcutaneous hematoma, 1 case of orchitis and one patient was operated under spinal anesthesia with observed urinary retention). The postoperative pain score was low (43-3 mm). After operations, there were no recurrences within the period of the next 3 ~ 96 months.

Conclusions. The above mentioned method is simple in technical terms and is universal for various types of hernias. In case of the correct performance, this technique is effective for inguinal hernia repair with good short and long-term results.

PROSPEKTYWNE RANDOMIZOWANE BADANIE PORÓWNUJĄCE ZASTOSOWANIE DWÓCH RÓŻNYCH KONCEPCJI SIATKI I STAPLERA W LAPAROSKOPOWYM LECZENIU PIERWOTNYCH I WTÓRNYCH PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH

M. Pawlak¹, R. Hilgers², K. Bury¹, A. Lehmann³, R. Owczuk⁴, M. Śmietański⁵

1 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, Gdańsk

2 - RWDT Uniwersytet w Aachen, Katedra Statystyki Medycznej, Aachen

3 - Szpital Specjalistyczny w Wejherowie, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wejherowo

4 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej terapii, Gdańsk

5 - Gdański Uniwersytet Medyczny, II Zakład Radiologii, Gdańsk

Wprowadzenie implantów zmieniło wyniki operacji naprawczych przepuklin brzusznych. Operacje laparoskopowe z użyciem implantów wewnątrzbrzusznych IPOM (Intraperitoneal On-lay Mesh) pozwoliły na skrócenie rekonwalescencji oraz powstawanie powikłań. Na rynku dostępnych jest wiele siatek i staplerów do operacji IPOM. Wprowadzane są ponadto nowe materiały nie oceniane w RCP. Koncepcja badania odnosi się do spostrzeżenia że właściwości mechaniczne siatki i narzędzia mocującego mogą wpływać na obecność i nasilenie bólu w obserwacji krótko i długoterminowej.

Cel pracy: Celem tego prospektywnego randomizowanego badania jest porównanie oceny skuteczności i bezpieczeństwa użycia siatki Ventralight ST i staplera Sorbafix oraz siatki Physiomesh i staplera SecureStrap w laparoskopowych operacjach naprawczych przepuklin brzusznych i zweryfikowanie in vivo założeń wcześniej publikowanych prac w ramach programu HAL2010 opisujących teoretyczny wpływ właściwości mechanicznych siatek na występowanie pooperacyjnych dolegliwości bólowych oraz liczbę nawrotów.

Materiał i metoda: Badanie jednośrodkowe prospektywne i randomizowane zostało zaplanowane tak aby włączyć po 50 pacjentów do dwóch równoległych grup z analizą bezpieczeństwa. Punktami końcowymi było wystąpienie bólu i jego nasilenie. Ocenę wykonano w 7 i 30 dniu oraz 3 i 6 miesiącu po zabiegu. Parametry bezpieczeństwa obejmowały liczbę nawrotów i powikłań pooperacyjnych

Wyniki: Po włączeniu po 25 pacjentów do obu grup badania, podczas analizy kontrolnej w 6 miesiącu obserwacji wystąpiło 5 nawrotów w grupie PH (co stanowi 20% wszystkich pacjentów) oraz 0 nawrotów w grupie VS. W związku z tym badanie zostało przerwane przez komisję nadzorującą. Punkty końcowe oszacowano dla 50 włączonych pacjentów. Zaobserwowano znacznie większą częstość występowania dolegliwości bólowych w grupie PH po 3 miesiącach ($p < 0,0001$), natomiast nie było różnicy w częstości występowania bólu po 7 dniach ($p = 0,7019$). U pacjentów w obrębie obu grup wykazano podobny trend intensywności bólu. Natężenie bólu zmniejszało się w obu grupach w czasie ($p < 0,0001$) było natomiast istotnie wyższe w grupie PH niż w grupie VS ($p < 0,0001$) w całym okresie trwania obserwacji.

Wnioski

Implant o wyższej elastyczności zbliżonej do elastyczności ściany brzucha obniża siły wrywające działające na zszywkę i tym samym zwiększa skuteczność i bezpieczeństwo zabiegu oraz redukuje odczuwane dolegliwości bólowe bezpośrednio po zabiegu i w obserwacji długoterminowej.

OPTIMIZATION OF THE OPEN TREATMENT OF UMBILICAL HERNIA

V. Vlasov¹

1 - Vinnitsa National Medical University named by M.I.Pirogov, Khmel'nitsky

Big quantity of umbilical hernia recurrences requires the optimization of processes of diagnostics and treatment.

Aim of the study: The optimization of the diagnostics process and the appropriate method selection for the covering of hernia defect for patients with umbilical hernia.

Material and methods: The study involved 208 patients with umbilical hernia, age 57.6 ± 9.6 years, most of whom were female (60.9%). Additionally, the ultrasound investigation and CT were performed. Hernia defect has been covered with open methods: autoplasty (53) and alloplasty (155). Results: After the examination, patients with overweight, the diastasis of the rectus abdominis and with giant hernia defects were treated separately. While examination, supine position of the patients with head up allowed to define the diastasis for 38 patients. 82 patients (39,42%) had the white line of normal width within all examination levels. All the rest patients (60,58%) had the diastasis of the rectus abdominis of different degrees. Autoplasty methods (53 cases) were used for patients, who had normal body weight, hernia defect of little size and without the diastasis of the rectus abdominis. 8 recurrences of hernia were observed. Alloplasty methods (155 cases) were used to cover hernia defects of various sizes, followed by the diastasis of the rectus abdominis, for patients with alimentary obesity. Preperitoneal alloplasty methods (120 cases) were used for patients, who had hernia defects of little and medium sizes and without the diastasis of the rectus abdominis. And also this method was implemented for cases with any size of hernia defect and the diastasis of the rectus abdominis of I degree. 1 patient with umbilical hernia and the diastasis of the rectus abdominis of II degree, one year after hernia defect alloplasty, hernia recurrence was diagnosed. In case of parietal peritoneum damage (14 cases), the retromuscular alloplasty of hernia defect was implemented. This method was also used for patients with the diastasis of the rectus abdominis of II-III degree. After the analysis of methods, used for hernia defect covering, the appropriate algorithms treatment were developed.

Conclusions: Diagnostics algorithms of the umbilical hernia allow considering factors, which can cause hernia recurrences. The appropriate algorithm of treatment of patients with the umbilical hernia allow to avoid cases of hernia recurrences.

EPIDEMIOLOGIA WIRUSA EBOLA

M. Wróblewska¹

1 - Zakład Mikrobiologii Stomatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Zakład Mikrobiologii, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie,, Warszawa

Wirus Ebola, sklasyfikowany w rodzinie Filoviridae, wywołuje gorączkę krwotoczną (ang. Ebola virus disease – EVD) o śmiertelności 25 – 90%. Od grudnia 2013 r. w Afryce Zachodniej trwa największa dotąd epidemia zakażeń tym wirusem. Zanotowano dotąd ponad 27000 przypadków zachorowań, w tym ponad 11000 zgonów (śmiertelność 40,6%). Najwięcej przypadków EVD wystąpiło w Sierra Leone, Liberii i Gwinei. Zakażenia dotyczą również pracowników ochrony zdrowia – ponad 880 przypadków, w tym 510 zgonów (śmiertelność 58%). Obecnie epidemia nadal utrzymuje się w Sierra Leone i Gwinei, natomiast w Liberii – po 7 tygodniach od ogłoszenia wygaszenia epidemii w tym kraju – zanotowano kolejne zachorowania. Poprzednio zanotowano przypadki EVD w 7 innych krajach, także w Europie i w USA.

Rezerwuarem wirusa są prawdopodobnie nietoperze, od których zakażają się naczelnie. W Afryce zachorowania notuje się wśród myśliwych mających kontakt z zakażonymi dzikimi zwierzętami. W populacji ludzi wirus szerzy się przez kontakt z osobą chorą na EVD, zwłaszcza z jej krwią lub płynami ustrojowymi, a także przez dotyk. W praktyce szpitalnej nie można wykluczyć transmisji wirusa Ebola drogą oddechową podczas opieki nad pacjentem z EVD. Szczególnie niebezpieczny jest kontakt ze zwłokami osoby zmarłej na EVD, zwłaszcza w czasie rytuałów pogrzebowych praktykowanych w Afryce. Ostatnio podkreśla się, że wirus może przetrwać w organizmie ozdrowieńca nawet przez kilka tygodni lub miesięcy (mocz, sperma, gałka oczna). Wirus Ebola może pozostać żywotny na różnych przedmiotach w otoczeniu chorego i na powierzchniach szpitalnych przez okres od kilku godzin do kilku dni. Namnażanie wirusa z próbek klinicznych dozwolone jest wyłącznie w laboratoriach o najwyższym stopniu zabezpieczeń (ang. biosafety level 4 – BSL-4). Nie można wykluczyć zastosowania wirusa Ebola jako broni biologicznej.

Konieczne jest ciągłe szkolenie personelu medycznego w zakresie prawidłowego stosowania środków ochrony osobistej – zarówno nakładania, jak i zdejmowania potencjalnie skażonej odzieży ochronnej. Leki przeciwwirusowe i szczepionki skuteczne wobec tego wirusa są w trakcie opracowania lub badań klinicznych (faza I – III).

WŁASNA MODYFIKACJA PLASTYKI ROZSTĘPU MIĘŚNI PROSTYCH BRZUCHA Z TOWARZYSZĄCĄ PRZEPUKLINĄ PĘPKOWĄ Z UŻYCIEM SIATKI.

J. Wszolek¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o. o. Ordynator: dr med. H. Łabza, Kraków

Rozstęp mięśni prostych brzucha najczęściej pojawia się w okresie ciąży u szczupłych kobiet. Osłabienie kresy białej i trwałe jej poszerzenie powoduje znaczny defekt kosmetyczny, towarzyszy temu przepuklina pępkowa.

Cel pracy: przedstawienie i ocena własnego sposobu plastyki rozstępu mięśni prostych brzucha i przepukliny pępkowej z użyciem siatki.

Metodyka: operowano 7 kobiet i 2 mężczyzn, średnia wieku kobiet 33 l, mężczyzn 50. Założenia modyfikacji: 1. wytworzenie odpowiednich przestrzeni nad i pod kresą białą (przedotrzewnowo) z dwóch 2-2,5cm cięć skórnych pod wyrostkiem mieczykowatym oraz w pępku 2. implantacja siatki w przestrzeni przedotrzewnowej od wysokości wyrostka mieczykowatego do poziomu poniżej pępka 3. zbliżenie mięśni prostych szwami na całej długości. Przed i po zabiegu dokonano pomiaru (USG) szerokości kresy białej w trzech miejscach: 1. tuż poniżej wyrostka mieczykowatego 2. nad pępkiem 3. poniżej pępka.

Wyniki: Największa odległość między brzegami mięśni prostych w spoczynku wyniosła 5cm. U wszystkich pacjentów wykorzystując dwa niewielkie cięcia skórne wytworzono rozległe przestrzenie zarówno powyżej jak i poniżej poziomu powięzi kresy i pochewek mięśni prostych. Siatkę polipropylenową umocowano przedotrzewnowo. Założono pojedyncze szwy zbliżające mięśnie proste na całej długości rozstępu. Wszystkie czynności udokumentowano przy pomocy laparoskopu. Kontrolny pomiar wykazał zmniejszenie wymiaru kresy białej o 50%. Uzyskano zniesienie typowego wypuklenia kresy przy wzmożonej tłoczni brzusznej oraz doskonały efekt kosmetyczny z pozostawieniem niewielkiej blizny pod wyrostkiem mieczykowatym, druga blizna została „zgubiona” w nowo uformowanym pępku.

Wnioski: Oryginalna metoda plastyki rozstępu mięśni prostych pozwala spełnić wszystkie założenia prawidłowej plastyki kresy białej i może być alternatywą dla dotychczas stosowanych metod takich jak laparoscopia czy plastyka z rozległego cięcia skórniego. Nie wymaga stosowania kosztocłonnych siatek antyadhezyjnych z uwagi na najbardziej korzystne przedotrzewnowe jej umieszczenie. Unika się zatem możliwości powstawania zrostów z siatką i ryzyka wystąpienia niedrożności czy przetok jelitowych. Czas hospitalizacji był krótki (3 dni) podobnie jak okres powrotu do pełnej sprawności fizycznej. Dotychczas nie obserwowano nawrotów. Największą zaletą metody jest pozostawienie niewielkich blizn ku zadowoleniu młodych pacjentek, których problem pociążowego rozstępu mięśni najczęściej dotyczy.

WPŁYW TERAPII PODCIŚNIENIOWEJ NA PROCES GOJENIA RAN OPERACYJNYCH PO STERNOTOMIIA. Witt-Majchrzak¹, P. Żelazny², J. Snarska³

1 - Klinika Kardiologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn

2 - Klinika Kardiologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn

3 - Katedra Chirurgii WNM UWM, Olsztyn

Jednym z kierunków zapobiegania zakażeniom miejsca operowanego rozwijających się w ostatnich latach jest terapia podciśnieniowa ran pierwotnie zamkniętych. Autorzy analizują korzyści z zastosowania terapii podciśnieniowej ran operacyjnych po sternotomii. W badaniu prospektywnym oceniono 80 pacjentów przydzielonych do 2 grup. 40 pacjentom założono system opatrunków z wykorzystaniem stałego podciśnienia (grupa P). Grupę porównawczą stanowiło 40 pacjentów, u których stosowano klasyczne opatrunki (grupa C). Analiza gojenia ran obejmowała ocenę zaburzeń gojenia ran operacyjnych wg definicji ECDC oraz podziału powikłań w gojeniu ran po sternotomii wg. El Oakley'a i Wright'a. W populacji uzyskano wygojenie rany operacyjnej po sternotomii u wszystkich chorych w grupie P (100%) oraz u 39 chorych (97,5%) w grupie C. W ocenionej populacji istotnie częściej statystycznie rany wygojono bez powikłań u pacjentów w grupie leczonej opatrunkami z wykorzystaniem podciśnienia niż u pacjentów w grupie leczonej klasycznymi opatrunkami: 37(92,5%) vs 30(75%). W grupie leczonych systemem opatrunków P było istotnie mniej infekcji powierzchniowych w porównaniu do grupy chorych leczonych klasycznymi opatrunkami. Antybiotykoterapię wdrożono istotnie rzadziej w grupie P porównaniu do grupy leczonej opatrunkami tradycyjnymi (5% vs 20%). W grupie leczonych systemem opatrunków podciśnieniowych pęcherzyki surowicze występowały istotnie częściej w porównaniu do grupy kontrolnej, natomiast martwica brzeżna skóry występowała istotnie rzadziej w stosunku do grupy porównawczej. Analiza parametrów zapalnych nie wykazała różnic między grupami chorych w poszczególnych dobach. Średnia wartość oceny subiektywnego odczuwania bólu rany po sternotomii w skali VAS ocenianej we wczesnym okresie pooperacyjnym w grupie P była istotnie niższa w stosunku do grupy porównawczej, w późniejszym okresie nie było istotnych różnic między grupami. Terapia podciśnieniowa ran po sternotomii istotnie zmniejsza częstość powikłań w gojeniu ran operacyjnych po sternotomii i redukuje częstość infekcji powierzchniowych miejsca operowanego. Dzięki terapii podciśnieniowej można istotnie ograniczyć częstość antybiotykoterapii związanej z powikłaniami infekcyjnymi w gojeniu ran operacyjnych. Stosowanie opatrunków podciśnieniowych istotnie redukuje częstość występowania martwicy brzeżnej skóry, ale może powodować występowanie odwarstwień naskórka okolicy miejsca operowanego oraz podbiegnięć krwawych w tkankach miękkich.

LECZENIE ZAAWANSOWANEJ, ŚRÓDSIENNEJ ZMIANY OGNISKOWEJ ŻOŁĄDKA U CHOREGO Z OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ KWALIFIKOWANEGO DO LECZENIA CHIRURGICZNEGO OTYŁOŚCI.

T. Jaworski¹, K. Franciszkiewicz-Pietrzak¹, K. Zinkiewicz¹, K. Abramowicz¹, J. Jaworska², P. Dziemidok², G. Wallner¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM, Lublin

2 - Oddział Diabetologii, Instytut Medycyny Wsi, Lublin

Opis Przypadku Klinicznego (prezentacja VIDEO)

Pacjent lat 40, mężczyzna rasy kaukaskiej, BMI 57 (177cm, 178kg), WHR 152. Chory obciążony cukrzycą typu II, nadciśnieniem tętniczym, stłuszczeniem wątroby, angiopatią nadciśnieniową obuoczną, hyperurykemią GERD, przewlekłą niewydolnością żylną oraz ciężkim obturacyjnym bezdechem sennym. W wywiadzie stan po przebytej cholecystektomii klasycznej oraz resekcji jądra lewego z powodu NPL.

Pacjent przygotowywany do planowego zabiegu bariatrycznego. W trakcie gastroskopii stwierdzona zmiana podśluzówkowa pokryta makroskopowo prawidłową błoną śluzową w części antralnej żołądka. Pogłębiono diagnostykę o EUS. Chory zakwalifikowany do zabiegu bariatrycznego. Rozważano dwie możliwości operacji: wyłączenie żołądkowe na pętli Y z jednoczasową resekcją części obwodowej żołądka lub rękawową resekcją żołądka. Po śródoperacyjnej ocenie pola operacyjnego pod kątem bezpiecznego wykonania zabiegu bariatrycznego z jednoczesnym usunięciem guza zakwalifikowano pacjenta do resekcji rękawowej żołądka. Przebieg zabiegu i wczesny okres pooperacyjny bez powikłań. W badaniu histopatologicznym preparatu pooperacyjnego rozpoznano „tłuszczak ściany żołądka oraz przerost dołeczków błony śluzowej żołądka”.

Przypadki podejrzenia GIST w trakcie badań endoskopowych z innych powodów zdarzają się niezmiernie rzadko, częstość ich występowania szacowana jest na około 1,5/100000, a przypadkowe wykrycie w badaniu histopatologicznym preparatów pooperacyjnych po rękawowych resekcjach żołądka z powodu otyłości patologicznej sięga około 2%. Obecność GIST w żołądku może być bezobjawowa lub powodować krwawienia, bóle w nadbrzuszu, odbijania, zaburzenia połykania.

W naszym przypadku stwierdzona zmiana była asymptomatyczna. Rozróżnienie GIST od innych guzów śródściennych tylko w badaniach dodatkowych jest praktycznie niemożliwa. Chory w okresie roku po zabiegu zredukował masę ciała o 60kg osiągając wagę 118 kg i BMI 37.

Rozwój techniki laparoskopowej oraz doświadczenia zdobyte w trakcie operacji bariatrycznych umożliwiają bezpieczne przeprowadzanie innych zaawansowanych zabiegów chirurgicznych. Otyli pacjenci z łagodnymi guzami żołądka mogą być kwalifikowane do leczenia laparoskopowego po uprzedniej wnikliwej diagnostyce.

OCENA SKUTECZNOŚCI ZABIEGÓW ENDOSKOPOWYCH W LECZENIU MIEJSCOWYCH POWIKŁAŃ OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI.

W. Fałek¹, D. Walczak¹, R. Massopust², M. Tuliszka-Gołowkin², P. Trzeciak¹

1 - Oddział Chirurgiczny Ogólny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II, Bełchatów

2 - Zakład Diagnostyki i Terapii Endoskopowej Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II, Bełchatów

Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest poważnym problemem klinicznym związanym z istotnym wzrostem śmiertelności. W przebiegu OZT może dochodzić do miejscowych podwikłań pod postacią martwicy czy zbiorników płynowych często wtórnie zakażonych. Według klasyfikacji z Altanty z 2012 wyróżnia się ostre okołotrzustkowe zbiorniki płynu, torbiele rzekome, ostre zbiorniki martwicze (acute necrotic collection – ACN) oraz martwicę oddzieloną (walled off necrosis – WON). Leczenie może obejmować farmakoterapię, zabiegi chirurgiczne, a także przezskórny drenaż. W ostatnim czasie techniki endoskopowe zyskują coraz większe uznanie w terapii miejscowych powikłań OZT.

Cel pracy: Celem pracy była retrospektywna ocena skuteczności endoskopowego leczenia torbieli rzekomych, ostrych zbiorników martwiczych oraz martwicy oddzielonej w przebiegu ostrego zapalenia trzustki.

Metodyka: W latach 2011-2015, 251 pacjentów było hospitalizowanych w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie z powodu OZT. Piętnastu z nich zostało zakwalifikowanych do inwazyjnego leczenia z powodu miejscowych powikłań. U jedenastu chorych zastosowano techniki endoskopowe, u trzech pacjentów zastosowano drenaż przezskórny, jeden pacjent został poddany laparotomii. Wśród pacjentów, u których zastosowano techniki endoskopowe, u 7 osób stwierdzono zakażoną torbiel rzekomą, u jednego pacjenta WON, zaś u trzech chorych ANC. W siedmiu przypadkach wykonano przezżołądkowy, a w jednym przypadku przedwunastniczy drenaż torbieli z założeniem dwóch protez double pig tail oraz sondy nosowej. U trzech chorych z ANC założono protezę typu SEMS – "diabolo". W trakcie drenażu pobierano materiał do badania bakteriologicznego i cytologicznego. Skuteczność drenażu oceniano na podstawie badań obrazowych oraz przebiegu klinicznego. U wszystkich pacjentów po 3 miesiącach wykonano kontrolne ECPW.

Wyniki: Skuteczny drenaż endoskopowy uzyskano u wszystkich pacjentów. U żadnego z chorych nie stwierdzono powikłań wdrożonego leczenia. Nie zaobserwowano nawrotu zbiorników płynowych.

Wnioski: Techniki endoskopowe są skuteczną alternatywą leczenia miejscowych powikłań ostrego zapalenia trzustki

ZASTOSOWANIE TECHNIK WIDEOSKOPOWYCH W PROKTOLOGII: MINIMALNIE INWAZYJNA CHIRURGIA PRZETOK ODBYTU I TORBIELI PILONIDALNYCH

M. Romaniszyn¹, A. Gierada¹, P. Wałęga¹, W. Nowak¹

1 - III Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Obecny w chirurgii trend w kierunku minimalizowania urazu okołoperacyjnego dotyczy większości gałęzi współczesnej chirurgii. Klasyczne leczenie przetok odbytu związane jest z ryzykiem uszkodzenia zwieraczy, natomiast operacje torbieli pilonidalnych zawsze związane są z kompromisem między rozległym wycięciem z koniecznością zaawansowanych metod uzupełniania ubytku tkanek, a ryzykiem nawrotu w przypadku metod mniej inwazyjnych. Zastosowanie metod wideoskopowych z użyciem fistuloskopu (VAAFT - Video Assisted Anal Fistula Treatment, VALIFT - Video Assisted Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, EPSiT - Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) znacząco zwiększa precyzję działania, powodując mniej rozległe uszkodzenia śródoperacyjne okolicznych tkanek.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie wideoskopowych metod leczenia przetok odbytu i torbieli pilonidalnych na podstawie doświadczeń jednego ośrodka (III Klinika Chirurgii UJ CM w Krakowie).

Metodyka: W latach 2011-2014, 32 chorych z przetoką odbytu zoperowano z użyciem fistuloskopu. Po zidentyfikowaniu przebiegu kanału przetoki, wszystkich odnóg, oraz ujścia wewnętrznego (faza diagnostyczna) zaopatrzone przetokę w zależności od obrazu śródoperacyjnego (VAAFT, VALIFT - faza terapeutyczna). Ponadto w 2014 roku 5 chorych z torbielą pilonidalną zoperowano metodą EPSiT (usunięcie endoskopowe).

Wyniki: Nie stwierdzono powikłań śródoperacyjnych ani w odległej obserwacji chorych. Wśród 32 chorych z przetoką odbytu wyleczenie uzyskano u 19 chorych (59,3%). Z kolei wśród 5 chorych z torbielą pilonidalną stwierdzono 1 nawrót torbieli, co w tej grupie daje skuteczność 80%.

Wnioski: Zastosowanie metod wideoskopowych wiąże się z mniejszym ryzykiem powikłań, mniejszym urazem i dolegliwościami bólowymi. Pomimo iż odsetek pierwotnych wyleczeń jest mniejszy niż przy szerokich wycięciach, jednak niewielki zakres uszkodzeń tkanek umożliwia ponowne zastosowanie zabiegu minimalnie inwazyjnego w przypadku nawrotu, co sumarycznie zmniejsza ryzyko trwałych niekorzystnych następstw leczenia operacyjnego.

LAPAROSKOPOWE POBRANIE NERKI OD ŻYWEGO DAWCY

T. Jakimowicz¹, T. Ciąćka¹, Ł. Romanowski¹, A. Alsharabi¹, T. Grochowicki¹, K. Madej¹, D. Lewandowska², P. Kaliciński³, M. Durlik², L. Pączek⁴, S. Nazarewski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

2 - Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

3 - Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

4 - Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Podstawowymi zaletami laparoskopowej nefrektomii są: mniejszy ból pooperacyjny, krótszy pobyt w szpitalu i szybszy powrót do normalnej aktywności. Dodatkowo, zastosowanie metody zmniejsza obawy związane z operacją, co pozwala zwiększyć liczbę potencjalnych dawców nerki, ułatwiając im podjęcie decyzji.

Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w pobieraniu nerek od żywych dawców metodą laparoskopową z asystą ręczną.

Materiał i metody: Pierwsze małoinwazyjne pobranie nerki od żywego dawcy w Polsce miało miejsce w naszej Klinice w czerwcu 2003; było wykonane z dostępu zewnątrzotrzewnowego. Od czerwca 2011 zmieniliśmy technikę dostępu na wewnątrzotrzewnową i stosujemy ją u wszystkich kolejnych dawców z wyjątkiem 3, którzy odmówili laparoskopii i 4 z mnogimi tętnicami nerkowymi, które na początku naszych doświadczeń uważaliśmy za przeciwwskazanie do zastosowania metody. Ostatnie pobranie nerki od żywego dawcy metodą otwartą wykonano w naszej Klinice w marcu 2013. Stosując metodę laparoskopową pobraliśmy 55 nerek – 30 lewych (3 zewnątrz- i 27 wewnątrzotrzewnowo) i 25 prawych (wewnątrzotrzewnowo). W 4 przypadkach występowały mnogie tętnice nerkowe. Naczynia zamykano przy użyciu endostaplerów. Wszystkie operacje wykonano z ręczną asystą stosując mankiet pneumatyczny (3) lub gelport (52). Czas ciepłego niedokrwienia wynosił 80-420 sekund (średnio 184,6 s).

Wyniki: W żadnym przypadku nie było konieczności konwersji do metody klasycznej, ani nie było powikłań śród- i pooperacyjnych u dawców. Wypis ze szpitala następował w 2-8 dobie po operacji. Wszystkie nerki przeszczepiono, podjęły one prawidłową funkcję po przejściowym DGF u 5 chorych. U 2 biorców wystąpiła martwica moczowodu, która w jednym przypadku, z towarzyszącym zakażeniem, doprowadziła do utraty nerki. W drugim przypadku dodatkowo doszło do martwicy dolnego bieguna nerki, zaopatrywanego przez dodatkową tętnicę zespoloną przed przeszczepieniem do boku głównego pnia tętniczego. Resekowano dolny biegun nerki i wykonano pyelocystostomię.

Wnioski: Nefrektomia u żywego dawcy wykonana metodą laparoskopową jest bezpieczna i powinna być używana jako metoda z wyboru.

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA JELITA GRUBEGO W PRZEBIEGU ENDOMETRIOZY

M. Radoch¹, W. Pawłowski¹, T. Guzel¹, G. Lech¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Endometrioza jest chorobą, w której komórki błony śluzowej macicy (endometrium) znajdują się poza jej jamą. Dotyczy kobiet między 15 a 45 rokiem życia. Najczęściej ogniska endometrium lokalizują się w narządzie rodym, aparacie więzadłowym macicy, przegrodzie pochwoowo - odbytniczej oraz na powierzchni otrzewnej. Endometrioza jelitowa dotyczy 3-37% chorych a ogniska endometriozy lokalizują się najczęściej w esicy i odbytnicy rzadko powodując niedrożność mechaniczną przewodu pokarmowego.

Autorzy przedstawiają przypadek 31-letniej chorej u której doszło do niedrożności przewodu pokarmowego w przebiegu endometriozy w zgięciu esiczo-odbytniczym.

WYKONANIE ĆWICZENIA NA SYMULATORZE LAPAROSKOPOWYM STWARZA MOŻLIWOŚĆ POTWIERDZENIA ZDOLNOŚCI MANUALNYCH STUDENTA MEDYCyny.

W. Majewski¹, J. Kowalski¹, K. Szymon¹, B. Bełda¹, A. Baranowska¹

1 - Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szczecin

Cel pracy: Studenci medycyny mają często trudności z podjęciem decyzji w jakim kierunku zawodu medycznego budować karierę zawodową, wybrać medycynę zabiegową czy zachowawcze formy leczenia. Celem badania było określenie czy ćwiczenie na symulatorze laparoskopowym pomoże studentom podjąć właściwą decyzję.

Metody: 1007 studentów IV roku studiów medycznych PUM, 388 mężczyzn i 619 kobiet, 754 studiujących w języku polskim, i 253 w angielskim, pierwszy raz w życiu wykonało ćwiczenie na symulatorze laparoskopowym – przeciągając grubą nić przez 8 metalowych oczek na plastikowej płytce, w czasie 5 minut, pod kontrolą laparoskopu. Skala ocen przewidywała 1 punkt za każde oczko w tym czasie. Gdy student wypełnił zadanie w czasie krótszym niż 5 minut liczbę pozostałych minut dodawano do oceny np gdy przeciągnął przez 8 oczek pomiędzy 4min1sek do 4min59sek - 9 punktów itd. Porównano grupy kobiet i mężczyzn; uczących się w jęz. polskim i angielskim, porównanie objęło retrospektywnie studentów, którzy potem zdecydowali się wziąć udział w warsztatach laparoskopowych, organizowanych przez Zakład. Aby ocenić biegłość nabywania doświadczenia, ćwiczenie z przeciąganiem nici przez 8 oczek, 31 studentów wykonało dwa x po 10 prób z przerwą tygodniową. Przedstawiono krzywe uczenia się.

Wyniki: średnia punktacja całej grupy wyniosła 4,30 (95%CI 4.16-4.43) SD±2.2 pomiędzy 0 a 12 (najlepsza punktacja: 1min51sek. 1min53sek. 1min57sek., kobiety) studenci mieli ogólnie lepszą liczbę punktów niż studentki ($p < 0,0001$) (95%CI dla studentów 4,6 - 5,0 i studentek 3,8 - 4,1); nie było różnic w grupach osób studiujących po polsku i po angielsku ($p = 0,38$) grupa studentów, która potem brała udział w warsztatach laparoskopowych miała uprzednio wyniki lepsze niż reszta badanych ($p = 0,01$) (95%CI dla uczestników 4,60 - 6,26 oraz 4,14 - 4,46 dla pozostałych). W badaniu przeprowadzonym przez grupę walidacji testu stwierdzono, że należało wykonać około 10 prób by dojść do plateau biegłości.

Wnioski: pomimo tego, że najlepsze wyniki występują w grupie kobiet, mężczyźni ogólnie wykazują większe zdolności manualne; modele nauczania w Polsce i krajach Europy Zachodniej nie różnią się; uprzednia aktywność manualna nie wpływa na zdolności wykonywania ćwiczeń laparoskopowych, ale zdolności manualne studentów wpływają na ich medyczne zainteresowania w przyszłości. Ćwiczenie na symulatorze laparoskopowym jest użyteczne w potwierdzeniu zdolności manualnych studenta medycyny. Standardowy zestaw 8 oczek nadaje się do tego typu badań.

RAMPS – CZY WARTO?

S. Hać¹, M. Szymański¹, J. Kostro¹, D. Łaski¹, I. Madejewska¹, J. Mohr¹, O. Rostkowska¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

Guzy lewej części trzustki są zazwyczaj rozpoznawane w większym stopniu zaawansowania klinicznego niż te zlokalizowane w głowie gruczołu. RAMPS (Radical Antergrade Modular Pancreato Splenectomy) jest to blokowa operacja obejmująca trzoni ogon trzustki, śledzionę oraz regionalne węzły chłonne. Protokół tej procedury został zaproponowany przez Strasberga w 2003 roku i może być porównany do Total Mesorectal Excision w raku odbytnicy. Ideą zabiegu jest zaoferowanie choremu z nowotworem złośliwym trzonu i ogona trzustki potencjalnie radykalnego zabiegu operacyjnego. W 2013 roku protokół RAMPS został wprowadzony w gdańskim ośrodku.

MATERIAŁ I METODA: Przeanalizowano wyniki pierwszych czterech operacji RAMPS i skonfrontowano je z 4 losowo wybranymi resekcjami lewostronnymi resekcjami trzustki wykonanymi przed 2013 rokiem ze wskazań onkologicznych.

CEL PRACY: Celem pracy było określenie różnic zabiegu RAMPS pod względem radykalności onkologicznej oraz bezpieczeństwa tej procedury.

WYNIKI: Zabieg zgodny z protokołem RAMPS był dłuższy od lewostronnej resekcji (średnio 331 min RAMPS vs 219 min resekcja lewostronna). Średnia liczba węzłów chłonnych w preparacie operacyjnym RAMPS przekraczała kilkakrotnie liczbę osiąganą podczas resekcji lewostronnej (13,25 RAMPS vs 3 resekcja lewostronna). Średni czas pobytu w szpitalu chorych po zabiegu RAMPS był dłuższy, a liczba i ciężkość zdarzeń niepożądanych wynosiła w skali daOliveira odpowiednio średnio 0,75 oraz 0,55.

WNIOSKI: RAMPS wydaje się być operacją dającą większe szanse na radykalność onkologiczną przy akceptowalnym ryzyku operacyjnym.

WYNIKI ODLEGŁE CHIRURGICZNEGO LECZENIA RAKA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO (RPŻ).

M. Gryko¹, K. Zaręba¹, T. Dawidziuk¹, D. Cepowicz¹, N. Wodyńska¹, B. Kędra¹

1 - II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Wstęp: Rak pęcherzyka żółciowego należy do nowotworów ciągle obarczonych złym rokowaniem. Wykrycie choroby najczęściej następuje w klinicznie zaawansowanym stadium raka. Jednakże nawet w IV stadium klinicznym choroby zabieg operacyjny może wydłużyć czas przeżycia.

Materiał i metody: Wykonano retrospektywną analizę przeżycia 42 chorych operowanych z powodu raka pęcherzyka żółciowego w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku.

Wyniki: U większości badanych chorych stwierdzono IV stadium zaawansowania klinicznego RPŻ w momencie rozpoznania. U tych chorych radykalne leczenie polegało na rozległym zabiegu operacyjnym, podczas którego oprócz pęcherzyka żółciowego i węzłów chłonnych konieczna była resekcja nacieczonych nowotworowo sąsiednich narządów. Analiza przeżycia wykazała, że również ci chory odnieśli korzyść w postaci dłuższego przeżycia (nawet do 87 miesięcy) w porównaniu z danymi z piśmiennictwa.

Wnioski: RPŻ ciągle rozpoznawany jest najczęściej w zaawansowanym klinicznie stadium choroby. Poszerzone zabiegi chirurgiczne u chorych w IV stadium choroby wydłużają przeżycie. W tej grupie chorych powikłania chirurgiczne występują najczęściej.

PRZEZSKÓRNA ENDOSKOPOWA GASTROSTOMIA – 20 LETNI MATERIAŁ JEDNEGO OŚRODKA

A. Kruszyńska¹, G. Lech¹, W. Pawłowski¹, B. Dąbrowski¹, T. Guzel¹, S. Tadong¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Wstęp: Przeszkórna endoskopowa gastrostomia jest obecnie standardem w wytwarzaniu dostępu do przewodu pokarmowego u chorych wymagających długotrwałego żywienia dojelitowego, u których żywienie doustne jest niemożliwe.

Cel pracy: Celem pracy była ocena bezpieczeństwa zabiegu z uwzględnieniem liczby wczesnych powikłań.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę chorych u których w latach 1995-2015 wykonano przeskórną endoskopową gastrostomię (PEG). Badaniem objęto 732 chorych o średniej wieku 63,8 lat, spośród których kobiety stanowiły 50,8% a 49% mężczyźni. Wskazaniami do założenia PEG była najczęściej dysfagia w przebiegu chorób neurologicznych które stanowiły 81,5% wszystkich wskazań, a spośród nich najczęściej SLA, stan po udarze mózgu, stan po nagłym zatrzymaniu krążenia, choroby otępienne i dystrofie mięśniowe. Kolejną częstą przyczyną były nowotwory zlokalizowane w obrębie nosogardła i krtani stanowiące 9,8% wskazań, również włączając chorych bez dysfagii, u których PEG zakładany był profilaktycznie przed radioterapią. Procedury chirurgiczne wykonywane były w warunkach bloku operacyjnego, w większości w znieczuleniu ogólnym z intubacją dotchawiczą. U pacjentów bardzo obciążonych niekwalifikujących się do znieczulenia ogólnego podejmowano próby wykonywania zabiegu w znieczuleniu miejscowym. Zabiegi wykonywane były w krótkiej profilaktyce antybiotykowej. Wszystkie zabiegi wykonywane były metodą pull z wykorzystaniem zestawów jednego producenta cewnikami o średnicy 18 Ch.

Wyniki: Wśród wszystkich chorych objętych badaniem powikłania wystąpiły u 24(3,32%) chorych. Odnotowano 12(1,64%) zgonów w okresie okołoperacyjnym na skutek powikłań związanych z zabiegiem lub powikłań związanych ze znieczuleniem ogólnym. Odnotowane powikłania to: zapalenie otrzewnej w wyniku zacieku treści żołądkowej u 6(0,81%) chorych, perforacja poprzecznicy u 2(0,27%) chorych, przemieszczenie ogranicznika wewnętrznego u 5(0,68%) chorych, zakażenie miejsca operowanego u 4(0,55%) chorych. Leczenie przez laparotomię podjęto u 11(1,5%) chorych, założenie innego rodzaju cewnika u 7(0,96%) chorych oraz leczenie miejscowe u 3(0,4%) chorych. **Wnioski:** PEG wykonywany w wyspecjalizowanym ośrodku jest zabiegiem bezpiecznym, obarczonym niskim ryzykiem powikłań.

CHIRURGICZNE LECZENIE GERD SPOSOBEM LAPAROSKOPOWYM - BADANIE PORÓWNAWCZE WYNIKÓW LECZENIA ZA POMOCĄ DWÓCH METOD: FUNDOPLIKACJI TOUPET VS WTPT. Wróblewski¹, K. Kobryń¹, M. Nowosad¹, Ł. Nazarewski¹, M. Krawczyk¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, Warszawa

Wstęp. Najlepszym wyborem leczenia zaawansowanej choroby refluksowej GERD, po nieskutecznym leczeniu farmakologicznym jest operacja antyrefluksowa z wyboru sposobem laparoskopowym. Cel pracy: w pracy porównano i określono efektywność leczenia chirurgicznego chorych z zaawansowaną chorobą refluksową operowanych w Klinice dwiema różnymi technikami. Materiał: W latach 2001-2012 antyrefluksową operację laparoskopową wykonano u 353 chorych (211K i 142M), w wieku od 17-76 lat (średnio 44). Kwalifikacja obejmowała: a) obecność typowych objawów GERD z określeniem efektywności leczenia inhibitorami pompy protonowej b) badanie endoskopowe i radiologiczne z kontrastem przełyku i połączenia żołądka-przełykowego. Do badania włączono chorych po fundoplikacji Toupet i nowej metodzie operacyjnej WTP (wypreparowanie i zeszytanie odnogi przepony, wzmocnienie ich siatką bez fundoplikacji, a z rekonstrukcją kąta Hisa), którzy odpowiedzieli na rozesłane ankiety HRQoL. Z badania wykluczono operowanych innymi technikami oraz nieprawidłowo wypełnione ankiety. Wyniki: W grupie 151 chorych, którzy odpowiedzieli na ankietę było 60 mężczyzn i 91 kobiet w średnim wieku 47,77 lat (17-80 lat). Chorzy z ciężkimi objawami GERD stanowili: 32,45%(49) i średnimi 67,54% (102). Fundoplikację Toupet wykonano u 86 chorych(56,95%), a u 65 (43,04%) chorych WTP. Okres obserwacji wynosił od 18 – 144 miesięcy. Średni czas pobytu chorego w szpitalu wynosił 4,4 (2 – 6 dni TOUPET) vs. 3,7 dni (2 – 5 dni WTP). Nie stwierdzono chirurgicznych powikłań w okresie okołoperacyjnym. Chorzy po plastyce WTP mieli mniejsze przemijające zaburzenia połykania, krócej przebywali w szpitalu, nie mieli dysfagii i wymiotów ($p<0.05$). Wnioski: Wyniki leczenia GERD w postaci laparoskopowej operacji antyrefluksowej WTP z zastosowaniem siatki wzmacniającej zeszytanie odnogi przepony są bardzo satysfakcjonujące i dają bardzo dobre odległe efekty leczenia. Fundoplikacja WTP powinna być rozważana jako alternatywna metoda w stosunku do tradycyjnych operacji antyrefluksowych.

LECZENIE MAŁOINWAZYJNE CZY NEKROSEKTOMIA CHIRURGICZNA U CHORYCH Z MARTWICZYM ZAPALENIEM TRZUSTKI?

M. Wroński¹, W. Cebulski¹, M. Słodkowski¹, M. Jankowski¹, I. Krasnodębski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Wstęp: Techniki małoinwazyjne są coraz częściej stosowane w leczeniu chorych z powikłaniami ostrego zapalenia trzustki. Mimo wielu zalet tych technik, nadal nie wiadomo czy techniki te mają przewagę nad nekrosectomią klasyczną i czy nekrosectomia ratująca nie jest obciążona wyższą śmiertelnością. **Cel pracy:** Ocena wyników leczenia technikami małoinwazyjnymi w porównaniu do nekrosectomii chirurgicznej u chorych z martwiczym zapaleniem trzustki.

Metodyka: W latach 2007-2013 w naszej Klinice leczono 349 chorych z ostrym zapaleniem trzustki. U 124 chorych rozpoznano martwicze zapalenie trzustki. 59 chorych wymagało leczenia inwazyjnego. Przeprowadzono retrospektywną analizę wyników leczenia technikami małoinwazyjnymi według protokołu step-up w porównaniu do nekrosectomii tradycyjnej. Leczenie małoinwazyjne polegało na wykonaniu drenażu przezskórnego lub endoskopowego. W kolejnym etapie leczenia chorzy byli kwalifikowani do laparoskopowej nekrosectomii zaotrzewnowej lub nekrosectomii endoskopowej.

Wyniki: U 38 chorych zastosowano techniki małoinwazyjne, a u 20 chorych jako pierwszy zabieg wykonano nekrosectomię otwartą. Grupy badane nie różniły się pod względem czynników kliniczno-demograficznych. Głównym wskazaniem do leczenia inwazyjnego w obu grupach były objawy zakażenia martwicy trzustki (86,8% vs. 80,0%, $p=0,70$). Wyleczenie uzyskano u 19 z 38 chorych (50,0%), u których zastosowano techniki małoinwazyjne. Drenaż przezskórny lub endoskopowy był skuteczny odpowiednio u 12 z 33 chorych (36,4%) i u 3 z 4 chorych (75,0%). U 1 chorego jako pierwszy zabieg wykonano laparoskopową nekrosectomię zaotrzewnową. Otwartą nekrosectomię ratującą wykonano u 18 chorych poddanych leczeniu małoinwazyjnemu. Odsetek powikłań był porównywalny w obu grupach (63,2% vs. 85,0%, $p=0,13$). Śmiertelność w grupie leczonej małoinwazyjnie była niższa niż w grupie poddanej pierwotnej nekrosectomii otwartej (12,8% vs. 25%), ale różnica nie osiągnęła znamienności statystycznej ($p=0,24$). Śmiertelność po nekrosectomii ratującej była podobna jak po pierwotnej nekrosectomii (21,0 vs. 25%, $p=1,0$).

Wnioski: Leczenie małoinwazyjne powikłań martwiczego zapalenia trzustki pozwala na wyleczenie około połowy chorych poddanych takiemu leczeniu. Śmiertelność i odsetek powikłań po leczeniu małoinwazyjnym i nekrosectomii klasycznej są porównywalne. Śmiertelność po nekrosectomii ratującej nie jest wyższa niż po pierwotnej nekrosectomii.

PROTEZOWANIE JELITA GRUBEGO

K. Kozakiewicz¹, D. Kamocki², D. Cepowicz², P. Kędra²

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku, Białystok

2 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK, Białystok

Rak jelita grubego należy do jednych z najczęstszych złośliwych nowotworów występujących u osób dorosłych. W Polsce rak jelita grubego zajmuje drugie miejsce wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Rzadko występuje u osób poniżej 40 roku życia. Najwięcej zachorowań przypada na 8 dekadę życia. Skuteczność leczenia operacyjnego jest uwarunkowane wczesną diagnostyką. U pozostałych chorych zdyskwalifikowanych z leczenia operacyjnego leczeniem z wyboru jest paliatywne protezowanie zwężonego odcinka jelita. Techniki endoskopowego leczenia niedrożności, a szczególnie wprowadzenia protez samorozprężalnych z ewentualnymi procedurami endoskopowego udrożnienia przewodu pokarmowego stanowią korzystne rozwiązanie w paliatywnym leczeniu niedrożności. Praca przedstawia grupę 30 pacjentów leczonych w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku, u których w latach 2007- 2015 przeprowadzono endoskopowe przedoperacyjne protezowanie jelita grubego w tym: 19 mężczyzn i 11 kobiet. U chorych tych zmiana guzowata zlokalizowana była w okrężnicy zstępującej 3 przypadki, esicy 16 przypadków, odbytnicy 9 przypadków, wstępnicy 2 przypadki.

W przypadku nowotworowej niedrożności jelita grubego przedoperacyjne endoskopowe protezowanie jelita grubego stanowi metodę z wyboru w bezpiecznym przygotowaniu chorych do planowego zabiegu, szczególnie w grupie dużego ryzyka. Wskazaniami do protezowania zwężonego odcinka jelita u pacjentów są terapia antykoagulacyjna (leki przeciwkrzepliwe: Plavix, Acard, Acenocumarol), zaburzenia metaboliczne, hipoproteinemia i hipoalbuminemia, obciążenia kardiologiczne, brak potwierdzenia histopatologicznego raka.

Protezowanie jelita grubego u chorych z ostrą niedrożnością z powodu raka umożliwia: optymalne przygotowanie do zabiegu operacyjnego, pacjentów skrajnie obciążonych internistycznie, przeprowadzenie planowego, definitywnego oraz jednoetapowego leczenia chirurgicznego, minimalizując powikłania skraca czas i koszty leczenia.

NOWA STRATEGIA POSTĘPOWANIA U CHORYCH BEZ DOSTĘPU NACZYNIOWEGO WYMAGAJĄCYCH PILNEJ HEMODIALIZY

J. Turek¹, N. Zapotoczny², A. Łoś¹, W. Witkiewicz¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Najlepszym dostępem naczyniowym do dializ jest przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych. Pomiędzy wytworzeniem przetoki a jej pierwszym nakłuciem upływa 4-6 tygodni - jest to czas konieczny na dojrzenie przetoki - poszerzenie światła i arterializację ściany żyły. Tradycyjne protezy PTFE stosowane jako dostęp naczyniowy do dializ również potrzebują około 2 tygodni na wgojenie się przed pierwszym nakłuciem. W przypadkach, kiedy chorzy wymagają wcześniejszego włączenia do hemodializ, stosuje się cewniki dializacyjne wszczepiane do żył centralnych. Cewniki dializacyjne są najczęstszą przyczyną zwężeń i niedrożności żył centralnych. Ich stosowanie związane jest również z bardzo dużym ryzykiem powikłań infekcyjnych i znacznie zwiększoną śmiertelnością w porównaniu z innymi dostęпами naczyniowymi do hemodializ. Unikanie wszczepiania cewników do żył centralnych jest kluczową kwestią w planowaniu i funkcjonowaniu przetok dializacyjnych. Wiele randomizowanych badań udowodniło, że czas przeżycia pacjentów dializowanych przez cewnik jest istotnie krótszy, a komfort życia gorszy niż pacjentów z przetokami.

Od kilku lat dostępne są protezy naczyniowe trójwarstwowe, które można nakłuwać w celu hemodializy już po 24 godzinach od wszczepienia. Pozwalają one na uniknięcie konieczności stosowania cewników dializacyjnych i związanych z nimi ciężkich powikłań. Autorzy pracy przedstawiają materiał 15 pacjentów bez dostępu naczyniowego wymagających pilnego włączenia do hemodializ, u których zamiast cewnika dializacyjnego, wszczepili protezy naczyniowe umożliwiające szybką kaniulację. Wszystkie protezy były gotowe do dializy po 24 godzinach od wszczepienia. W okresie pooperacyjnym nie odnotowano istotnych powikłań. Podczas obserwacji stwierdzono bardzo dobre wyniki drożności pierwotnej i wtórnej oraz niski wskaźnik powikłań infekcyjnych.

Operacja wszczepienia trójwarstwowej protezy umożliwiającej szybką dializę pozwala uniknąć wszczepienia cewnika dializacyjnego. Jest to rozwiązanie pozwalające na zmniejszenie ryzyka zwężenia/niedrożności żył centralnych i infekcji odcewnikowych.

OCENA WARTOŚCI KLINICZNEJ ŚRÓDOPERACYJNEGO NEUROMONITORINGU NERWÓW KRTANIOWYCH WSTECZNYCH W CHIRURGII TARCZYCY.

M. Stopa¹, M. Barczyński¹

1 - III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wstęp: Śródoperacyjny neuromonitoring (IONM) nerwu krtaniowego wstecznego (NKW) jest coraz powszechniej stosowany w chirurgii tarczycy. Jednak technika ta nie przez wszystkich chirurgów jest akceptowana.

Cel pracy: Ocena przydatności techniki neuromappingu w śródoperacyjnej lokalizacji NKW, oraz różnicowaniu charakteru uszkodzenia NKW, a także ocena trafności diagnostycznej śródoperacyjnego neuromonitoringu NKW.

Metodyka: Badanie prospektywne w latach 2011–2013, do którego włączono 500 chorych (1000 NKW) zakwalifikowanych do zabiegu całkowitego wycięcia tarczycy z IONM (NIM3.0, Medtronic). Punkty końcowe badania to: odsetek NKW zlokalizowanych techniką neuromappingu przed ich wizualizacją makroskopową, charakterystyka opisowa typu i miejsca uszkodzenia NKW w przypadkach utraty sygnału (LOS), oraz trafność diagnostyczna metody IONM. Chorzy poddani zostali ocenie laryngoskopowej ruchomości fałdów głosowych przed i do 6 miesięcy po zabiegu. Do oszacowania trafności diagnostycznej metody przeprowadzono analizę krzywych ROC.

Wyniki: Zastosowanie techniki neuromappingu pozwoliło na lokalizację 921 (92,1%) NKW jeszcze przed ich wizualizacją wzrokową. Spośród 25 osób z LOS i ze stwierdzonym w pooperacyjnym badaniu laryngoskopowym wczesnym niedowładem jednoimiennego fałdu głosowego (2,5%) śródoperacyjny neuromapping NKW wykazał uszkodzenie typu segmentalnego (typ I) w 11 przypadkach i typu globalnego (typ II) w 14 przypadkach. U 3 spośród 11 chorych u których LOS wystąpił po wycięciu pierwszego płata tarczycy wykonano etapową tyreoidektomię, a u pozostałych 8 chorych ograniczono zakres resekcji po stronie przeciwnej. Czułość IONM wyniosła 92,0%, swoistość 99,3%, wartość predykcyjna wyniku dodatniego (PPV) 76,7%, a wartość predykcyjna wyniku ujemnego (NPV) 99,8%.

Wnioski: Zastosowanie techniki neuromappingu umożliwia lokalizację większości NKW jeszcze przed ich wzrokową wizualizacją. W przypadku LOS zastosowanie techniki neuromappingu jest pomocne w różnicowaniu typu i mechanizmu uszkodzenia nerwu. Zastosowanie wystandardyzowanego protokołu badawczego wg INMSG pozwala na optymalizację wartości predykcyjnej metody neuromonitoringu w śródoperacyjnym prognozowaniu czynności NKW w okresie pooperacyjnym. PPV wynosząca 76,7% uzasadnia odroczenie zaplanowanego wycięcia obustronnego tarczycy w przypadku LOS po wycięciu pierwszego płata tarczycy w celu minimalizacji do zera ryzyka wystąpienia obustronnego uszkodzenia NKW.

ROLA SPECJALISTYCZNYCH PROCEDUR CHIRURGICZNYCH W LECZENIU ODLEŻYN, W MATERIALE CLO W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH

M. Kawecki¹, M. Maj¹, J. Glik¹, S. Piotr¹, D. Pawlik-knapik¹, A. Klama-baryła¹, D. Hoff-lenczewska¹, L. Górny¹, M. Nowak¹

1 - Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Siemianowice Śląskie

Celem pracy jest przedstawienie roli specjalistycznych procedur chirurgicznych w interdyscyplinarnym leczeniu odleżyn u pacjentów hospitalizowanych w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich.

Materiały i metody : Materiał stanowi grupa 114 chorych operowanych z powodu odleżyny podczas hospitalizacji w Centrum Leczenia Oparzeń, w Siemianowicach Śląskich, w latach 2009-2014.

Zabiegi operacyjne stanowiły element zintegrowanego postępowania polegającego na leczeniu ogólnym (antybiotykoterapia, leczenie farmakologiczne chorób przewlekłych, uzupełnianie niedoborów, hiperbaria tlenowa, leczenie żywieniowe, fizjoterapia, wsparcie psychologiczne) i skrupulatnym przygotowaniu miejscowym (odciążenie ucisku, debridment, chirurgiczne oczyszczenie rany, opatrunki specjalistyczne, MTP – miejscowa terapia podciśnieniem, terapia fagowa, ozonoterapia). W zakresie specjalistycznych procedur chirurgicznych stosowano hydrochirurgię (VersaJet), produkty bioinżynierii tkankowej w tym komórki macierzyste pozyskane z autologicznej tkanki tłuszczowej, autologiczne wolne przeszczepy skóry pośredniej lub pełnej grubości, płyty, plastyki powłok).

Wyniki: Wygojenie odleżyny po pierwszej operacji uzyskano u 99 chorych (86,9%), u 15 (13,1%) wykonano od 2 do 6 zabiegów operacyjnych. W efekcie wszyscy chorzy zostali wypisani z doraźnie zagojoną raną. Wielokrotność procedur chirurgicznych korelowała z błędami w kwalifikacji, przygotowaniu do leczenia chirurgicznego, i koniecznością długiej hospitalizacji.

Wnioski: Skuteczność chirurgicznych procedur specjalistycznych w leczeniu odleżyn jest zależna od konsekwentnego, interdyscyplinarnego przygotowania do finalnego zabiegu. Obecny system finansowania opieki zdrowotnej nie pozwala na holistyczne traktowanie chorych z odleżynami.

Dobre wyniki gojenia odleżyn można uzyskać stosując specjalistyczne procedury chirurgiczne wspomagane aplikacją komórek macierzystych z autologicznej tkanki tłuszczowej.

PROTEZA HERO JAKO METODA POSTĘPOWANIA LECZNICZEGO W NIEDROŻNOŚCI ŻYŁ CENTRALNYCH U CHORYCH PRZEWLEKLE DIALIZOWANYCH - PIERWSZE POLSKIE DOŚWIADCZENIA

W. Witkiewicz¹, K. Dys¹, N. Zapotoczny¹, A. Łoś¹, J. Turek¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Zwężenia żył centralnych (CVS) lub ich niedrożność (CVO) są specyficznym problemem klinicznym u pacjentów poddawanych hemodializie. Liczba chorych z CVS/CVO rośnie głównie z powodu szeroko stosowanych cewników dializacyjnych wprowadzanych do żył centralnych, zwłaszcza z dostępu przez żyły podobojczykowe i przez lewą żyłę szyjną wewnętrzną. Innymi jatrogennymi przyczynami CVS/CVO są elektrody stymulatorów serca, porty naczyniowe do chemioterapii, cewniki do żył centralnych wprowadzane z dostępu obwodowego.

Jest to prawdopodobnie jeden z ważniejszych problemów wymagających rozwiązania w najbliższej przyszłości, w związku ze wzrostem liczby pacjentów wymagających leczenia nerkozastępczego, jak i ich dłuższym czasem przeżycia na dializie.

Każdy pacjent ze stwierdzonym CVS/CVO wymaga indywidualnego doboru optymalnej dla niego metody postępowania leczniczego. Stosowane są: angioplastyka balonowa zwężenia, wszczepienie stentu lub stent-graftu, rzadziej by-pass z protezy PTFE do prawego przedsionka serca. Proteza HeRO (Hemodialysis Reliable Outflow) jest najnowszym rozwiązaniem umożliwiającym długotrwały dostęp naczyniowy dla hemodializy u pacjentów z CVS/CVO, u których wyczerpano wszystkie inne możliwości dializoterapii. Proteza HeRO składa się z dwóch głównych części: z protezy PTFE, która zapewnia napływ z tętnicy kończyny górnej lub z przetoki tętniczo-żylną oraz z cewnika silikonowego na stelażu nitinolowym, który stanowi drogę odpływu do prawego przedsionka.

Autorzy przedstawiają własne doświadczenia z pierwszych trzech operacji w Polsce wszczepienia protez HeRO, które wykonane zostały w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Ośrodku Badawczo-Rozwojowym we Wrocławiu w dniach 20-21 kwietnia 2015 roku

WCZESNE POWIKŁANIA OPERACJI NIEDROŻNOŚCI MECHANICZNEJ W KLASYFIKACJI CLAVIEN-DINDO W MATERIALE WŁASNYM

J. Snarska¹, R. Suszkiewicz², A. Zalewski², B. Biedziuk², M. Kuciel¹

1 - Katedra Chirurgii WNM UWM, Olsztyn

2 - ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

Operacje niedrożności to codzienność zespołów i klinik pracujących w systemie ostro dyżurowym. Najczęściej w praktyce klinicznej mamy do czynienia z niedrożnością mechaniczną spowodowaną nowotworem złośliwym lub zrostami. Wraz z postępowaniem w radio i chemioterapii wzrasta też liczba chorych z powikłaniami po leczeniu onkologicznym. Celem pracy była ocena powikłań chirurgicznych po operacjach niedrożności mechanicznej wg Clavien-Dindo. Analizą objęto 93 chorych leczonych operacyjnie z powodu niedrożności mechanicznej w 3 grupach: I grupa 27 chorych powikłania zrostowe po radio i chemioterapii, II grupa to 41 chorych z niedrożnością zrostową po przebytych wcześniej operacjach z powodu chorób nienowotworowych (zapalne), w tym zapalenie otrzewnej i operacje ginekologiczne, III grupa to 25 chorych po radykalnych operacjach nowotworów jamy brzusznej. W grupie I wystąpiły powikłania wg klasyfikacji Clavien-Dindo u 16 chorych, w II grupie u 18, a w trzeciej u 7. U obserwowanych chorych dominowały powikłania stopnia II i III. Klasyfikacja Clavien-Dindo jest przydatną skalą w ocenie wczesnych powikłań po leczeniu chirurgicznym nie tylko w przypadku niedrożności.

ŚRÓDOPERACYJNA NAWIGACJA USG PODCZAS CHOLECYSTEKTOMII LAPAROSKOPOWEJ

M. Sebastian¹, M. Sroczyński¹, J. Rudnicki¹, M. Ściebura¹

1 - Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław

Wstęp: Laparoskopowa ultrasonografia śródoperacyjna (LUS) podczas cholecystektomii laparoskopowej (LC) służy dwóm głównym celom: identyfikacji złogów w przewodzie żółciowym wspólnym (PŻW) oraz badaniu i potwierdzeniu stosunków anatomicznych w więzadle wątrobowo-dwunastniczym oraz trójkącie Calota.

Cel pracy: Ocena przydatności zastosowania LUS w poprawie bezpieczeństwa cholecystektomii laparoskopowej.

Metodyka: Grupę badaną stanowili pacjenci Kliniki Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu poddawani zabiegowi cholecystektomii laparoskopowej. LUS wykonywano rutynowo w grupie pacjentów kwalifikowanych do LC, bez względu na przyczynę schorzenia pęcherzyka żółciowego oraz przeszłość chorobową (polipy pęcherzyka żółciowego, kamica pęcherzyka żółciowego, stany zapalne pęcherzyka żółciowego). Obrazowanie odbywało się przy pomocy laparoskopowej głowicy liniowej PEF-704LA na aparacie NemioMX SSA-590A firmy Toshiba. Głowica była umieszczana w trokarze 10mm. Wykorzystywano badanie w opcji podstawowej oraz dopplerowskiej (odróżnianie elementów żółciowych od tętnicznych i żylnych) w przekrojach podłużnych oraz poprzecznych.

Wyniki: Zastosowanie LUS jest szczególnie pomocne w przypadku istnienia wątpliwości co do stosunków anatomicznych w obrębie więzadła wątrobowo-dwunastniczego, potwierdzenia lokalizacji PŻW oraz przewodu wątrobowego wspólnego w stosunku do płaszczyzny preparowania lub potwierdzenia innych wariantów anatomii.

Wnioski: LUS jest doskonałą metodą obrazowania struktur więzadła wątrobo-dwunastniczego podczas LC, z dwoma głównymi celami: ocenie stosunków anatomicznych oraz diagnostyki kamicy dróg żółciowych. Badanie można przeprowadzić w dowolnym momencie zabiegu operacyjnego, tyle razy ile to jest konieczne, bez narażania pacjenta i zespołu na promieniowanie rentgenowskie i podawanie kontrastu jak ma to miejsce w przypadku cholangiografii śródoperacyjnej. Pomimo, iż koszt zakupu sprzętu do LUS jest znaczny, korzyści z jego zastosowania poprzez zmniejszenie liczby niekiedy bardzo poważnych i kosztownych w leczeniu powikłań, powinny skłonić do jego szerszego stosowania.

USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH W CZASIE LAPAROSKOPOWEJ CHOLECYSTEKTOMII NA PODSTAWIE ANALIZY 4519 OPERACJI WYKONANYCH W JEDNYM OŚRODKU.R. Podlasek¹, T. Wróblewski²

1 - Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Królowej Jadwigi w Rzeszowie, Rzeszów

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Wątroby I Wydziału Lekarskiego WUM, Warszawa

Wstęp: Mimo stałego rozwoju techniki operacyjnej, postępu technologicznego w chirurgii nie udało się wyeliminować jednego z najpoważniejszych powikłań cholecysektomii jakim jest śródoperacyjne uszkodzenie dróg żółciowych (UDŻ). Celem pracy jest określenie czynników ryzyka śródoperacyjnego uszkodzenia dróg żółciowych w trakcie cholecysektomii laparoskopowej (LCh). Materiał i Metody Wykonano retrospektywną analizę dokumentacji leczenia kolejnych chorych, u których wykonano LCh w okresie od grudnia 1992 roku do końca roku 2012. Do badania włączono wszystkie operacje LCh wykonywane z powodu: objawowej kamicy żółciowej, ostrego i przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego oraz polipów pęcherzyka żółciowego. Analizą objęto również chorych, u których wykonano konwersję do laparotomii. Zidentyfikowano chorych: ze śródoperacyjnym uszkodzeniem dróg żółciowych;- z wykonaną późniejszą operacją naprawczą z powodu UDŻ;- leczonych endoskopowo z powodu UDŻ oraz z istotnymi przeciekami żółci leczonymi zachowawczo, którzy po operacji przebywali w szpitalu dłużej niż 6 dni. Wyniki: Spośród 7396 wszystkich cholecysektomii, LCh wykonano u 4215 (57%) oraz 304 (4%) rozpoczęto laparoskopowo z wykonaną konwersją do operacji otwartej. Stwierdzono 40 przypadków UDŻ podczas LCh (0.94%) oraz 7/304 (2%) UDŻ w czasie konwersji do operacji otwartej u 13 M i 34 K o średniej wieku 67 lat i BMI do 25 u 25%, 25-35 u 60%, powyżej 35 u 15%. Częstość wszystkich UDŻ wyniosła 1% w tym poważnych uszkodzeń (nacięcie/przecięcie/wycięcie pżw) w trakcie LCh stwierdzono 0.3%. Wg klasyfikacji Strasberga na 47 UDŻ w 25 (53%) było to uszkodzenie typu A, w 2 (4.2%) typu C, w 13 (27%) typu D, w 7 (15%) przypadkach typu E. Wraz z upływem lat stosowania metody laparoskopowej zwiększała się procentowo ilość wykonywanych LCh od 50% do 80% wszystkich cholecysektomii. Zwiększył się też odsetek LCh wykonywanych z powodu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego z 7% do 20-30%/rok oraz odsetek konwersji od 3-4% do 10%. Nie wzrosła natomiast ilość poważnych UDŻ typu D i E. Wnioski: Wzrost ilości chorych operowanych laparoskopowo w tym z powodu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego skutkował wzrostem ilości konwersji oraz ilości wszystkich uszkodzeń dróg żółciowych. Poszerzenie wskazań do LCh nie powoduje wzrostu ilości poważnych UDŻ typu D i E wg. Strasberga.

PRZYGOTOWANIE ROBOTA CHIRURGICZNEGO DA VINCI DO OPERACJI JELITA GRUBEGO

I. Szwed¹, A. Fiedziuk², J. Turek¹, M. Zawadzki¹, W. Witkiewicz¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław

Początek XXI wieku przyniósł chirurgii dynamiczny rozwój technik małoinwazyjnych. Robot chirurgiczny należy do najnowszych urządzeń stosowanych obecnie w chirurgii. Jednym z najczęstszych zastosowań robota da Vinci w chirurgii przewodu pokarmowego są operacje raka odbytnicy i okrężnicy. System da Vinci różni się znacznie od dotychczas stosowanych narzędzi chirurgicznych i wymaga specyficznego przygotowania całego zespołu: chirurga, pielęgniarki operacyjnej i zespołu anestezjologicznego. Pielęgniarka operacyjna odgrywa kluczową rolę w przygotowaniu robota do operacji.

Operacje z zastosowaniem robota da Vinci są wykonywane w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu Ośrodku Badawczo-Rozwojowym od grudnia 2010 roku. W okresie do kwietnia 2015 roku wykonano ponad 200 operacji, w tym 22 przednie resekcje odbytnicy, 5 amputacji brzuszno-krzyżowych, 18 prawostronnych hemikolektomii i 1 hemikolektomię lewostronną. W przedstawionej pracy autorzy prezentują krok po kroku przygotowania sali operacyjnej do robotwej resekcji jelita grubego z punktu widzenia pielęgniarki operacyjnej.

MAŁOINWAZYJNE TECHNIKI CHIRURGICZNE W LECZENIU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH ODBYTNICY – DOŚWIADCZENIA JEDNEGO OŚRODKA

T. Rusek¹, J. Świrta¹, M. Romaniszyn¹, W. Nowak¹, P. Wałęga¹

1 - III Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej CMUJ, Kraków

Wprowadzenie: Zabieg operacyjny jest metodą z wyboru w leczeniu nowotworów złośliwych odbytnicy. Doszczędność onkologiczna oraz zachowanie fizjologicznych funkcji, są podstawowym celem chirurga. Dla guzów odbytnicy w stopniu T1-T2 małoinwazyjne zabiegi transrektalne są akceptowalnym postępowaniem. Cechują się niewielkim ryzykiem powikłań, krótszym czasem hospitalizacji oraz umożliwiają zachowanie funkcji anorektalnych.

Celem pracy jest przedstawienie własnych wyników małoinwazyjnych zabiegów w leczeniu chorych z nowotworem złośliwym odbytnicy.

Materiały i metoda: W latach 2004 - 2013 operowano 60 chorych z przedzabiegowym rozpoznaniem nowotworu złośliwego odbytnicy T1-T2 z zastosowaniem przezodbytowej techniki małoinwazyjnej. Neoadiuwantowe leczenie zastosowano u 26 chorych (po 13 w obu grupach). W 22 przypadkach wykonano zabieg z użyciem rozwieraka Parks'a i techniki TMT, u 39 zastosowano rektoskop operacyjny (TEO). W 15 przypadkach (10 dla TEO, 5 dla grupy Parks/TMT) leczenie było radykalizacją po uprzedniej endoskopowej polipektomii.

Wyniki: W okresie 1-10 lat obserwacji grupie chorych leczonych techniką TEO stwierdzono 2 przypadki wznowy miejscowej (5,12%), wymagające radykalnego zabiegu operacyjnego oraz 1 przypadek rozsiewu (2,56%). U 5 chorych wystąpiły powikłania miejscowe (częściowe rozejście zespolenia, ropień pośladka lewego, krwawienie z zespolenia, przetoka odbytniczo-pochwowa). U 4 chorych konieczna była interwencja chirurgiczna (nacięcie ropnia pośladka, dodatkowe szwy na zespolenie, brzuszno-kroczone odjęcie odbytnicy oraz przednia resekcja odbytnicy z ileostomią obarczającą). W grupie chorych operowanych techniką Parks/TMT nie stwierdzono powikłań pozabiegowych. U 6 chorych (27%) wystąpiła wznowa choroby, w 2 (9%) przypadkach miejscowa, u 4 (18%) przerzuty do odległych narządów. U 12 chorych wykonano wycięcie mezorektum w technice EPMR stwierdzając w 2 przypadkach przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych. 4 chorych zakwalifikowano do leczenia uzupełniającego (po 2 dla obu grup), 1 został zdyskwalifikowany z powodu obciążeń kardiologicznych. **Wnioski:** Leczenie nowotworów złośliwych odbytnicy z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych jest procedurą bezpieczną, o niewielkim odsetku powikłań. Przy odpowiedniej selekcji chorych pozwala uzyskać doszczętność onkologiczną (resekcja R0) i stanowi ostateczną formę leczenia. Zabiegi techniką TEO pozwalają na uzyskanie większego marginesu wycięcia, co zmniejsza ryzyko wznowy, natomiast wiąże się z większą częstością powikłań.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ODCEWNIKOWYCH INFEKCI (CRBSI) U CHORYCH OBJĘTYCH PROCEDURĄ HPN W MATERIALE WŁASNYM .

W. Szafranski¹, M. Folwarski¹, M. Dobosz¹, M. Łankiewicz¹

1 - Podmiot Lecznicy Copernicus sp. z o.o. Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Poradnia żywienia do i pozajelitowego w warunkach domowych., Gdańsk

WSTĘP: Domowe żywienie pozajelitowe (HPN)wymaga długotrwałego utrzymania permanentnego dostępu do żyły centralnej. Odpowiedni wybór , prawidłowe wszczępienie oraz wysoka jakość opieki nad cewnikiem ma decydujące znaczenie w zapobieganiu powikłaniom infekcyjnym i bezpiecznym prowadzeniu leczenia żywieniowego.

CEL PRACY : Analiza częstości występowania zakażeń CRBSI u 55 chorych objętych procedurą HPN w latach 2010-2015 .

METODYKA : Ocena występowania CRBSI z uwzględnieniem rodzaju wskazań ,rodzaju dostępow , typu mieszanin , zastosowanego postępowania i wyników leczenia.

WYNIKI : Spośród 55 chorych objętych procedurą HPN zakażenie odcewnikowe wystąpiło u 7 chorych. W tej grupie 4 chorych było żywionych z przyczyn onkologicznych i występującej wielopoziomowej niedrożności nowotworowej , 3 z powodu rozległej resekcji i zespołu krótkiego jelita .U 3 chorych żywienie pozajelitowe było prowadzone poprzez cewnik Broviaca , u 4 przez port naczyniowy. Zastosowane mieszaniny to worki AIO (4 chorych) lub RTU (3). Wśród wyizolowanych szczepów bakteryjnych dominowały bakterie Gram (+) : St. aureus ,St. epidermidis ,St. warneri , Enterococcus faecalis. U 5 chorych usunięto zakażony cewnik Broviaca lub port naczyniowy , u 2 pozostawiono cewnik i włączono miejscowe leczenie cewnika plombą z 70% alkoholu etylowego oraz plombą antybiotykową z dobrym efektem. U wszystkich 7 chorych prowadzono także celowaną antybiotykoterapię. W analizowanej grupie większość CRBSI wystąpiło w pierwszych dwóch latach od wprowadzenia procedury HPN (5 chorych) . Po modyfikacji w opiece nad cewnikiem poprzez okresowe stosowanie roztworu taurolidyny do wypełniania cewnika ilość powikłań infekcyjnych wyraźnie zmalała(2 chorych w ciągu ostatnich 3 lat) .Liczba CRBSI na 1000 osobodni z cewnikiem w pierwszych 2 latach wyniosła 1,84 , obecnie zmalała do poziomu 0,47 i jest wyraźnie mniejsza niż średnia częstość występowania CRBSI (1,5-2 na 1000 dni stosowania cewnika) .
WNIOSKI : Profilaktyka powikłań infekcyjnych w procedurze HPN polega przede wszystkim na sumiennym przestrzeganiu zasad aseptyki podczas używania centralnego dostępu żylnego. Zastosowanie taurolidyny może przyczynić się do ograniczenia ryzyka zakażenia odcewnikowego i zwiększenia bezpieczeństwa korzystania z cewnika centralnego.

PRZYDATNOŚĆ SKALI MANNHEIM PERITONITIS INDEX DO OCENY STANU CHORYCH LECZONYCH Z POWODU ZAPALENIA OTRZEWNEJ

M. Natkaniec¹, J. Dworak¹, M. Pędziwiatr¹, P. Major¹, M. Migaczewski¹, M. Matłok¹, P. Budzyński¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Wprowadzenie: Mannheim Peritonitis Index (MPI) jest jedną ze skal prognostycznych utworzonych aby ułatwić identyfikację chorych z wysokim ryzykiem zgonu wśród operowanych z powodu zapalenia otrzewnej.

Cel: Celem pracy była weryfikacja przydatności skali MPI do określenia prawdopodobieństwa zgonu wśród pacjentów populacji polskiej operowanych z powodu zapalenia otrzewnej oraz ocena możliwości użycia jej do określenia ryzyka wczesnych powikłań pozabiegowych, konieczności pozabiegowej hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii oraz relaparotomii.

Metodologia: Analizą retrospektywną objęto 168 chorych [K:M=83:85, średnia wieku = 48,45 lat (17-93, SD+/- 22,20) leczonych z powodu zapalenia otrzewnej. Wartość MPI została obliczona dla każdego z pacjentów. Zgodnie z uzyskanymi wynikami, chorzy zostali przyporządkowani do odpowiednich grup (<21,21-29,>29) i w ich obrębie analizowani. W analizie statystycznej użyto testu Chi-kwadrat, testu U Manna Withneya oraz testu Kołmogorowa-Smirnowa. W oparciu o krzywą ROC zidentyfikowano najlepszy punkt odcięcia dla skali MPI.

Wyniki: Współczynnik śmiertelności (WŚ) w badanej grupie wynosił 13,1%. W grupach <21, 21-29 i >29 punktów w skali MPI wynosił on odpowiednio 1,75%, 28,13% i 50%, różnica była istotna statystycznie ($p=0,0124$). Zaobserwowano znaczące różnice w śmiertelności w zależności od rozpoznania, WŚ wśród pacjentów z perforacją jelita wynosił 56,25%, martwicą jelita - 41,67%, ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego i perforacją wrzodu trawiennego – 0%. W oparciu o wykreśloną krzywą ROC zidentyfikowano optymalny punkt odcięcia dla skali Mannheim jako 32 z dokładnością 85,9% i AUC=81%. Odnotowano istotny statystycznie związek między wartością w skali Mannheim a wystąpieniem: niewydolności krążeniowo-oddechowej, kwasicy, zaburzeń elektrolitowych, powikłań rany pooperacyjnej, wystąpienia wstrząsu septycznego, konieczności kontynuacji leczenia w oddziale intensywnej terapii po zabiegu oraz konieczności relaparotomii.

Wnioski: MPI jest prostym i skutecznym predykatorem śmierci wśród pacjentów operowanych z powodu zapalenia otrzewnej. Może również stanowić pomoc w ocenie ryzyka wystąpienia w okresie pooperacyjnym poważnych zaburzeń stanu ogólnego oraz konieczności kontynuacji leczenia pacjenta w oddziale intensywnej terapii czy relaparotomii.

EMBOlizacja żyły wrotnej jako metoda zwiększenia resekcyjności zmian ogniskowych w wątrobie

P. Smoter¹, P. Nyckowski¹, K. Zieniewicz¹, I. Grzelak¹, M. Kotulski¹, M. Morawski², M. Dymon², P. Studnicki², M. Niedźwiedzka², M. Krawczyk¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

2 - SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Wstęp: Przedoperacyjna embolizacja gałęzi żyły wrotnej – portal vein embolization (PVE) jest uznaną metodą leczenia resekcyjnego guzów wątroby u chorych wyjściowo zdyskwalifikowanych z leczenia operacyjnego. Przerost części wątroby po stronie przeciwnej do embolizacji prowadzi u większości pacjentów do redukcji ryzyka pooperacyjnej niewydolności wątroby.

Cel pracy: Celem pracy była ocena skuteczności i bezpieczeństwa metody resekcji wątroby poprzedzonej PVE w materiale Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Metodyka: Retrospektywnej analizie poddano dokumentację 28 pacjentów leczonych metodą PVE w Klinice w latach 2012-2014. Na podstawie badań obrazowych lub oceny śródoperacyjnej chorzy byli wyjściowo zdyskwalifikowani z rozległej resekcji wątroby z powodu prognozowanej zbyt małej porsekcyjnej objętości miąższu wątroby.

Wyniki: W grupie pacjentów było 10 kobiet (36%) i 18 mężczyzn (64%), średnia wieku pacjentów wynosiła 55 lat SD 13,85. Wskazaniami do operacji były: przerzuty raka jelita grubego u 25(89%) chorych, u 3(11%) rak pierwotny wątroby. Chorzy mieli pełną wydolność wątroby przed leczeniem. W ocenie wolumetrycznej adekwatny do masy ciała przerost miąższu wątroby uzyskano u 22(78,6%) pacjentów. Z tej grupy, 4(14,3%) pacjentów zostało zdyskwalifikowanych z dalszego leczenia operacyjnego z powodu progresji choroby nowotworowej, a u pozostałych 19(85,7%) chorych wykonano rozległą resekcję wątroby. Czas od PVE do operacji wynosił średnio 48 dni. Nie stwierdzono zgonów w okresie pooperacyjnym ani przypadków ciężkiej pooperacyjnej niewydolności wątroby, a częstość innych poważnych powikłań była niska (2 przypadki krwawień) i porównywalna z grupą chorych, u których wykonano rozległą resekcję wątroby bez wcześniejszej PVE. U 11(39,3%) chorych obserwowano przedłużoną sekrecję płynu puchlinowego, bez wymagających korekcji zaburzeń krzepnięcia i bez klasycznych kryteriów pooperacyjnej niewydolności wątroby (TBil<7mg%). Odnotowano 2(7,1%) przypadki przetoki żółciowej zewnętrznej, skutecznie leczone zachowawczo.

Wnioski: Rozległa resekcja wątroby, poprzedzona PVE, jest bezpieczną metodą rozszerzającą grupę pacjentów poddawanych leczeniu resekcyjnemu z powodu guzów wątroby. Przy zachowaniu właściwych kryteriów oceny wydolności wątroby i ocenie wolumetrycznej planowanego do pozostawienia miąższu wątroby wyniki leczenia są porównywalne do uzyskiwanych u pacjentów leczonych resekcją bez wcześniejszej PVE.

LAPAROSKOPOWA CHIRURGIA KOLOREKTALNA W POŁĄCZENIU Z PROTOKOŁEM ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) POZWALA NA REDUKCJĘ KOSZTÓW LECZENIA.

M. Pędziwiatr¹, M. Wierdak¹, M. Pisarska¹, M. Stanek¹, M. Kisialewski¹, M. Matłok¹, P. Major¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Przeciwnicy rutynowego zastosowania laparoskopii jako jeden z argumentów podają wysokie koszty samej procedury w porównaniu z operacją klasyczną. Skrócenie czasu hospitalizacji oraz obniżenie powikłań pooperacyjnych poprzez wprowadzenie protokołu ERAS mogłoby zatem doprowadzić to redukcji całkowitych kosztów hospitalizacji, co umożliwiłoby szerszy dostęp do technik minimalnie inwazyjnych.

Cel: Celem pracy było porównanie kosztów leczenia pacjentów poddawanych resekcji z powodu raka jelita grubego techniką laparoskopową (z i bez zastosowania protokołu ERAS) oraz operacji sposobem klasycznym z tradycyjną opieką okołoperacyjną.

Metodyka: Porównano trzy grupy chorych. Do grupy 1 włączono 33 prospektywnie analizowanych chorych operowanych od maja do sierpnia 2014 r. u których wykonano laparoskopową resekcję jelita grubego połączoną z opieką opartą o protokół ERAS. Grupę 2 (laparoscopia bez ERAS, styczeń - maj 2012 r.) i grupę 3 (operacja klasyczna bez ERAS, styczeń - kwiecień 2010 r.) stanowili chorzy (po 33 osoby) operowani w przeszłości w naszym ośrodku przed rutynowym wprowadzeniem protokołu ERAS. Byli oni dopasowani (case-matched) do grupy 1 pod względem wieku, płci i rodzaju zabiegu przez niezależnego pracownika administracyjnego szpitala na podstawie kodów ICD-10 (rozpoznanie) i ICD-9 (procedura), który nie był poinformowany o istocie badania. Grupy porównano pod względem czasu pobytu, odsetka powikłań i ponownych hospitalizacji. Dodatkowo analizowano bezpośrednie koszty hospitalizacji (pobytu, zabiegu, leków oraz dodatkowych procedur i powikłań).

Wyniki: Czas hospitalizacji różnił się pomiędzy grupami 1, 2, 3 (4.2 vs 7.4 vs 11.3 dni, $p<0.01$). Odsetek powikłań wynosił (9% vs 18% vs 24%, $p=0.26$). Ponowne przyjęcie było konieczne odpowiednio u 2 i 1 chorego w grupie 1 i 2 ($p=0.36$). Operacja laparoskopowe w gr. 1 i 2 były droższe niż klasyczne (5342.8 vs 5536.1 vs 3953.6 zł, $p<0.01$). Stwierdzono jednak istotną redukcję kosztów pobytu (2063.9 vs 3674.1 vs 5563.3 zł, $p<0.01$), leków (71.4 vs 178.1 vs 233.4, $p<0.01$) i kosztów dodatkowych (191.1 vs 504 vs 589.7 zł, $p<0.01$) zwłaszcza w grupie 1. Całkowity koszt pobytu był istotnie niższy w grupie 1 w porównaniu do grupy 2 i 3 (7669.2 vs 9892.3 vs 10329.9 zł, $p<0.01$).

Wnioski: Na podstawie naszej analizy wydaje się, że chirurgia minimalnie inwazyjna w połączeniu z protokołem ERAS jest opłacalną alternatywą dla zabiegów klasycznych i laparoskopowych połączonych z tradycyjną opieką okołoperacyjną.

LECZENIE CHIRURGICZNE NOWOTWORÓW OTRZEWNEJ Z CHEMIOTERAPIĄ DOOTRZEWNOWĄ W HIPERTERMII (HIPEC): WYNIKI LECZENIA KOLEJNYCH 100 CHORYCH.

J. Mielko¹, B. Ciseł¹, M. Skórzewska¹, J. Romanek¹, A. Kurylcio¹, M. Lewicka¹, R. Sitarz¹, M. Jazienicki¹, W. Polkowski¹

1 - Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Połączenie leczenia chirurgicznego (ang. cytoreductive surgery; CRS) ze śródoperacyjną chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (ang. hypethermic intraperitoneal chemotherapy; HIPEC) pozwala poprawić wyniki leczenia pierwotnych (śluzak rzekomy, międzybłoniak) oraz wtórnych nowotworów otrzewnej. Celem pracy jest analiza wyników leczenia nowotworów otrzewnej po wykonaniu pierwszych 100 procedur CRS+HIPEC w jednym ośrodku. Od listopada 2010 do kwietnia 2015 roku, zakwalifikowano do leczenia operacyjnego z HIPEC 164 chorych z rozpoznaniem śluzaka rzekomego, międzybłoniaka, zrakowacenia otrzewnej w przebiegu raka jelita grubego, raka żołądka, raka jajnika, raka trzustki. Po wykonaniu laparotomii 64 chorych zdyskwalifikowano od leczenia z powodu zaawansowania choroby. Po zakończeniu etapu resekcyjnego u 100 chorych wykonano HIPEC metodą otwartą (technika „Koloseum”) stosując Mitomycynę C lub Oksaliplatynę. Podczas etapu chirurgicznego wykonywano szeroki zakres zabiegów resekcyjnych. Wiek chorych w badanej grupie wynosił 33- 73 lat (średnia 54,3) w tym 66 kobiet i 19 mężczyzn. Do oceny doszczętności operacji cytoredukcyjnej posługiwano się wskaźnikiem CCR (ang. completeness of cytoreduction). Do oceny stopnia powikłań pooperacyjnych zastosowano klasyfikację Dindo-Clavien. Czas obserwacji chorych waha się od 1 do 54 miesięcy (mediana 24 miesięcy). Wyniki: czas hospitalizacji pooperacyjnej w badanej grupie wahał się od 5 do 56 dni (średnia 11,4; SD ±8,4). Wskaźnik zrakowacenia (ang. peritoneal cancer index; PCI) wynosił od 1 do 34 pkt. (śr. 14; SD ±9,2). Całkowitą cytoredukcję (CCR0/1) wykonano u 74 chorych, niecałkowitą cytoredukcję (CCR2/3) wykonano u 26 chorych. W okresie pooperacyjnym stwierdzono dwa zgony (V°). Trzynastu chorych wymagało przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych w przebiegu pooperacyjnym (II°), u 3 chorych stwierdzono obrzęk górnej połowy ciała ustępujący po leczeniu farmakologicznym (II°), czterech chorych reoperowano z powodu krwawienia oraz nieszczelności zespolenia po przedniej resekcji odbytnicy (III°), 14 chorych wymagało leczenia na oddziale intensywnej terapii z powodu pooperacyjnej niewydolności krążeniowo-oddechowej (IV°). Prognozowane przeżycie trzyletnie przy pomocy estymatora Kaplana-Meiera wynosi 92% w całej grupie chorych. Mediana przeżycia – 23 miesiące. Wnioski: leczenie chirurgiczne nowotworów otrzewnej z chemioterapią dootrzewnową w hipertermii jest metodą bezpieczną przy odpowiedniej kwalifikacji chorego.

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC GASTRIC PPLICATION IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY.

O. Lukavetskiy¹, Y. Havrysh², I. Kravchuk³, R. Havrysh²

1 - Lviv National Medical University, Lviv

2 - Lviv National Medical University, Lviv Regional Clinical Hospital, Lviv

3 - Lviv Regional Clinical Hospital, Lviv

Introduction. According to WHO data 1.9 billion (39%) people had overweight and 600 million (13%) - morbid obesity in 2014. Obesity is not just a cosmetic problem it also causes severe diseases, including cardiovascular, diabetes mellitus, arthropathy, infertility, cancer and others. That's why number of bariatric operations increased in 8 times for the past 10 years. While successful effect of bariatric operations is clear, number of postoperative complications is still too high. Among the operations that have been successfully used in bariatric surgery laparoscopic gastric plication (LGP) is very safe and economically cheap procedure.

Aim. The aim of our study was analyze long-term results after laparoscopic gastric plication in patients with morbid obesity.

Methods. From November 2010 to January 2015 we performed 34 LGP in patients with morbid obesity. There were 10 men and 24 women. Patients age was from 21 to 65 years. BMI ranged from 36 to 70 kg/m². All patients before admission for surgery were treated under the supervision of a dietitian at least 6 months with absence of a significant effect. We performed general clinical examination, spirometry, ECG, USG, upper gastrointestinal endoscopy, measured blood levels of leptin, cholesterol, lipoproteins before and every 6 months after surgery. We also measured fasting glucose level and HbA1c to exclude diabetes

Results. The percentage of excess weight loss (%EWL) was 25-30% during the first year after surgery. Maximum %EWL was 80% and average was 40-50% which was observed in 25 (74%) patients 3 years after surgery. However, in 9 (26%) patients %EWL was 10-15% 3 years after surgery. Fifteen (44.1%) patients had normalization of blood pressure during the first year without antihypertensive drugs. We observed leptin level normalization in 9 (26%) patients and cholesterol and triglycerides normalization in 27 (79.1%) patients during first year after surgery

Conclusion. Laparoscopic gastric plication is quite effective, safe and economically inexpensive method for surgical treatment of morbid obesity and may subsequently widely implemented in practice

OSTRE USZKODZENIE NEREK PO ROZLEGŁYCH URAZACH TKANEK

K. Hap¹, W. Hap², E. Frejlich², K. Kotulski², J. Rudno-Rudzińska², W. Kielan²

1 - Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

2 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Uraz wielonarządowy, uraz mechaniczny oraz postępujące niedokrwienie prowadzą do uszkodzenia i rozpadu mięśni szkieletowych, a w konsekwencji do rozwoju rhabdomyolizy. Ciężki obraz kliniczny zagraża życiu pacjenta, prowadząc do ostrego uszkodzenia nerek (AKI- acute kidney injury), wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC- disseminated intravascular coagulation) oraz martwicy dużych grup mięśniowych. Najczęstszymi przyczynami rhabdomyolizy są wypadki samochodowe, przygniecenia przez masywne przedmioty oraz pobicia. Rhabdomyoliza występuje u blisko 85% pacjentów, którzy doznali poważnego urazu, a śmiertelność w przypadkach rhabdomyolizy powikłanej AKI może wynosić blisko 20%. Prawidłowe postępowanie terapeutyczne opiera się na usunięciu przyczyny, uzupełnieniu niedoborów płynów, terapii nerkozastępczej oraz chirurgicznego leczenia powikłań.

**ZMIANY LEKOOPORNOŚCI DROBNOUSTROJÓW W ZAKAŻENIACH DRÓG MOCZOWYCH -
NARODOWY PROGRAM OCHRONY ANTYBIOTYKÓW**D. Kawecki¹, P. Radziszewski²

1 - Warszawski Uniwersytet Medyczny, warszawa

2 - Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Zakażenia układu moczowego (ZUM) są jednymi z najczęstszych zakażeń w populacji. Częstość ZUM wzrasta wraz z wiekiem i może być powiązana z innymi patologiami układu moczowo-płciowego. Zakażenia układu moczowego stanowią ok. 40-50 proc. zakażeń wewnątrzszpitalnych i ok. 15-25 proc. ambulatoryjnych. Tak wysoka liczba ZUM jest przyczyną licznych porad lekarskich. Około 90% ZUM wywołują bakterie Gram-ujemne. Narastającym problemem w tej grupie pacjentów są zakażenia bakteryjne wywoływane przez szczepy odporne na leki przeciwdrobnoustrojowe. W ostatniej dekadzie, w wielu badaniach przeprowadzonych w ośrodkach krajowych i zagranicznych, stwierdza się niepokojący wzrost zakażeń powodowanych wielolekoopornymi szczepami drobnoustrojów. Szczepy te stały się dominującymi czynnikami etiologicznymi infekcji. Dodatkowym problemem jest zjawisko wytwarzania przez liczne drobnoustroje wielocukrowej macierzy pozakomórkowej i tworzenie biofilmu, co utrudnia prawidłową penetrację substancji przeciwdrobnoustrojowych i leczenie zakażenia. Kluczowe drobnoustroje wielolekooporne w początkach XXI zakażeniach układu moczowego to pałeczki Gram-ujemne z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzające ESBL(+) oraz szczepy wytwarzające karbapenemazy (KPS, MBL, OXA-48). Z innych ważnych drobnoustrojów wymienić należy szczepy pałeczek niefermentujących *P. aeruginosa* i *A. baumannii* (MDR, XDR, PDR) oraz szczepy gronkowca złocistego MRSA i enterokoków VRE. Zakażenia bakteryjne szczepami wielolekoopornymi mają ciężki przebieg kliniczny, a leczenie takich powikłań infekcyjnych jest bardzo kosztowne.

Pomimo licznych działań profilaktycznych, z raportów Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (NPOA) wynika, że możliwości terapeutyczne antybiotykoterapii są często ograniczone lub ich brak, ważna jest zatem profilaktyka i leczenie wspomagające.

GRELINA, LEPTYNA I METABOLIZM GLUKOZY PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA I WYŁĄCZENIU ŻOŁĄDKOWYM TYPU ROUX-EN-Y U CHORYCH Z OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ – WYNIKI BADANIA RANDOMIZOWANEGO

P. Kalinowski¹, R. Paluszkiewicz¹, T. Wróblewski¹, P. Remiszewski¹, Z. Bartoszewicz², M. Krawczyk¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

2 - Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Wstęp: Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (laparoscopic sleeve gastrectomy, LSG) oraz wyłączenie żołądkowe typu Roux-en-Y (Roux-en-Y gastric bypass, RYGB) są skutecznymi metodami leczenia otyłości patologicznej prowadzącymi do utraty masy ciała, chociaż ich wpływ na stężenie greliny i leptyny (hormonów wpływających na mechanizmy związane z uczuciem głodu i sytości) oraz metabolizm węglowodanów nie jest jednoznacznie określony.

Cel pracy: Celem badania było porównanie wpływu operacji LSG i RYGB na stężenie greliny i leptyny w surowicy oraz homeostazę glukozy.

Metodyka: 72 chorych z otyłością patologiczną prospektywnie randomizowano do grup leczonych operacyjnie metodą LSG (n=36) lub RYGB (n=36). Przed operacją oraz w okresie obserwacji po 1, 6 i 12 miesiącach dokonano pomiaru stężenia greliny, leptyny, glukozy, insuliny, peptydu-C i glukagonu w surowicy oraz hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Wyliczono również wartości wskaźnika insulinooporności HOMA.

Wyniki: Po 12 miesiącach odsetek utraty nadmiaru masy ciała (% excess weight loss, % EWL) wynosił $67,6 \pm 19,3\%$ po LSG oraz $64,2 \pm 18,5\%$ po RYGB ($p > 0,05$). Stężenie greliny w surowicy na czczo zmniejszyło się we wczesnym okresie po LSG ($35,3 \text{ pmol/L}$ po miesiącu, $p < 0,05$) i pozostało w zakresie wartości istotnie zredukowanych do 12 miesiąca obserwacji ($41,6 \text{ pmol/L}$, $p < 0,05$). Po RYGB stężenie greliny nie zmieniło się istotnie po miesiącu od operacji ($75,6 \pm 70,5 \text{ pmol/L}$, $p > 0,05$) natomiast po 12 miesiącach zwiększyło się do wartości $130,2 \text{ pmol/L}$ ($p < 0,05$). Stężenia leptyny, glukozy, insuliny, peptydu-C i odsetek HbA1c zmniejszyły się w okresie obserwacji w sposób istotny statystycznie w obu badanych grupach przy czym w przypadku stężeń leptyny, insuliny i wartości HbA1c oraz HOMA doszło do redukcji we wczesnym okresie pooperacyjnym.

Wnioski: Istotne zmniejszenie stężeń greliny w surowicy ma miejsce wcześniej po operacji LSG i ma charakter trwały. Po RYGB zjawisko to nie występuje. Różnica ta nie wiąże się z większą utratą masy ciała lub lepszą kontrolą glikemii w pierwszym roku po operacji.

WARTOŚĆ ROKOWNICZA POZIOMU SUROWICZEGO CHEMOKIN CCL2 I CCL5 U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO

K. Brzuszkiewicz¹, S. Pietruszka¹, A. Nowak², M. Gądek¹, A. Paszko¹, A. Szczepanik¹, J. Kulig¹

1 - I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej - Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

2 - Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych, Szpital Uniwersytecki, Kraków

Wstęp: Chemokiny to białka z rodziny cytokin, które poprzez funkcje chemotaktyczne pełnią rolę w inicjowaniu i stymulowaniu reakcji immunologicznych. Poprzez działanie immunomodulacyjne biorą także udział w regulacji procesu powstawania i progresji komórek nowotworowych.

Cel pracy: Celem pracy było określenie prognostycznej roli poziomu chemokin: CCL2 i CCL5 mierzonych w surowicy pacjentów z rakiem jelita grubego.

Metodyka: Do badania włączono grupę 45 pacjentów z rozpoznanym rakiem jelita grubego operowanych w I katedrze Chirurgii UJCM. Stężenie CCL2 i CCL5 w surowicy pacjentów mierzono z pobranych przed zabiegiem operacyjnym i izolowanych jednojądrzastych komórek krwi obwodowej (PBMC) w hodowlach izolowanych lub z komórkami nowotworowymi. Do pomiaru stężeń chemokin w surowicy i w hodowli wykorzystano technikę Cytometric Bead Array (CBA). Punkty graniczne, z podziałem na kategorie (poziom niski i wysoki) dla stężenia chemokin w surowicy ustalono na poziomie 90pg/ml dla CCL2 i 4000pg/ml CCL5. Przeprowadzono analizę przeżycia i wielowymiarową analizę czynników prognostycznych.

Wyniki: 5-letnie przeżycia dla grupy z niskim poziomem CCL2 wyniosły: 61,9% vs 41,67% dla grupy z wysokim poziomem. W przypadku CCL5 odsetki przeżyć wyniosły odpowiednio: 44,83% vs 62,5%. Zaobserwowano znamienne statystycznie, wyższy wskaźnik przeżyć 5-letnich w grupie chorych o niskim poziomie chemokiny CCL2 w porównaniu do grupy z wysokim poziomem ($p=0.027$). W modelu proporcjonalnego hazardu Coxa radykalność resekcji ($p = 0,002$) oraz kategoria CCL2 ($p = 0,03$) były niezależnymi czynnikami prognostycznymi przeżycia.

Wnioski: Poziom chemokiny CCL2 w surowicy pacjentów jest potencjalnym czynnikiem prognostycznym w grupie chorych z rakiem jelita grubego. Jednym z możliwych mechanizmów wytwarzania CCL2 jest interakcja PBMC z komórkami nowotworowymi.

POSTĘPOWANIE Z CHORYM PO WYSOKOCIŚNIENIOWYM URAZIE OKRĘŻNICY – OPIS PRZYPADKU KLINICZNEGO

Ł. Szymański¹, P. Paluch¹, Z. Sosnowski¹

1 - Oddział Chirurgiczny Ogólny ZOZ Końskie, Końskie

Wraz z rozwojem przemysłu wzrasta ilość kompresorów wysokociśnieniowych i w związku z tym, wzrasta liczba urazów związanych z ich użyciem.

Dokonano przeglądu piśmiennictwa związanego z wysokociśnieniowymi urazami jelita grubego. Pierwszy przypadek urazu okrężnicy związanym z działaniem wysokiego ciśnienia został odnotowany przez Stona i opublikowany w Lancecie w 1904 r.

Do 2014r. opisano ok. 150 przypadków perforacji jelita grubego związanych z działaniem wysokiego ciśnienia na okrężnicę.

W pracy przedstawiono przypadek pacjenta lat 29, który doznał urazu okrężnicy związanego z użyciem kompresora i działaniem wysokiego ciśnienia, na skutek wtłoczenia powietrza przez odbył. Omówiono postępowanie przedoperacyjne, przedstawiono wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych oraz kwalifikację do zabiegu operacyjnego. Opisano postępowanie podczas laparotomii i przebieg pooperacyjny schorzenia.

NOWA STRATEGIA POSTĘPOWANIA U CHORYCH BEZ DOSTĘPU NACZYNIOWEGO WYMAGAJĄCYCH PILNEJ HEMODIALIZY

J. Turek¹, N. Zapotoczny², A. Łoś¹, W. Witkiewicz¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Najlepszym dostępem naczyniowym do dializ jest przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych. Pomiędzy wytworzeniem przetoki a jej pierwszym nakłuciem upływa 4-6 tygodni - jest to czas konieczny na dojrzenie przetoki - poszerzenie światła i arterializację ściany żyły. Tradycyjne protezy PTFE stosowane jako dostęp naczyniowy do dializ również potrzebują około 2 tygodni na wgojenie się przed pierwszym nakłuciem. W przypadkach, kiedy chorzy wymagają wcześniejszego włączenia do hemodializ, stosuje się cewniki dializacyjne wszczepiane do żył centralnych. Cewniki dializacyjne są najczęstszą przyczyną zwężeń i niedrożności żył centralnych. Ich stosowanie związane jest również z bardzo dużym ryzykiem powikłań infekcyjnych i znacznie zwiększoną śmiertelnością w porównaniu z innymi dostęпами naczyniowymi do hemodializ. Unikanie wszczepiania cewników do żył centralnych jest kluczową kwestią w planowaniu i funkcjonowaniu przetok dializacyjnych. Wiele randomizowanych badań udowodniło, że czas przeżycia pacjentów dializowanych przez cewnik jest istotnie krótszy, a komfort życia gorszy niż pacjentów z przetokami.

Od kilku lat dostępne są protezy naczyniowe trójwarstwowe, które można nakłuwać w celu hemodializy już po 24 godzinach od wszczepienia. Pozwalają one na uniknięcie konieczności stosowania cewników dializacyjnych i związanych z nimi ciężkich powikłań. Autorzy pracy przedstawiają materiał 15 pacjentów bez dostępu naczyniowego wymagających pilnego włączenia do hemodializ, u których zamiast cewnika dializacyjnego, wszczepili protezy naczyniowe umożliwiające szybką kaniulację. Wszystkie protezy były gotowe do dializy po 24 godzinach od wszczepienia. W okresie pooperacyjnym nie odnotowano istotnych powikłań. Podczas obserwacji stwierdzono bardzo dobre wyniki drożności pierwotnej i wtórnej oraz niski wskaźnik powikłań infekcyjnych.

Operacja wszczepienia trójwarstwowej protezy umożliwiającej szybką dializę pozwala uniknąć wszczepienia cewnika dializacyjnego. Jest to rozwiązanie pozwalające na zmniejszenie ryzyka zwężenia/niedrożności żył centralnych i infekcji odcewnikowych.

SESJA PLAKATOWA - 10 września 2015

OCENA STĘŻENIA OSOCZOWEJ FIBRONEKTYNY-1 JAKO BIOMARKER CHOROBY NOWOTWOROWEJ TARCZYCY.

M. Bełdowski¹

1 - Klinika Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej UM w Łodzi, Łódź

Praca w całości sfinansowana w ramach UM w Łodzi, Grant nr 503/I-153-1/503-01. Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UM w Łodzi, Polska

Wciąż poszukuje się nowych metod diagnostyki chorób tarczycy. Diagnostyka immunohistochemiczna rozszerzana jest przez wprowadzenie nowych biomarkerów, w tym Fibronektyny-1 (FN-1). Wskazuje się na powiązania pomiędzy ekspresją komórkową tego biomarkera a stopniem zaawansowania guza, przerzutami węzłowymi i stopniem zróżnicowania komórki nowotworowej. Doniesienia dotyczące osoczowych stężeń FN-1 w chorobach nowotworowych są nieliczne.

Celem pracy jest analiza stężeń FN-1 w osoczu oraz możliwości jej wykorzystania w diagnostyce chorych z wolem guzkowym i rakiem brodawkowatym tarczycy.

Pacjenci i metody: Oznaczono stężenia osoczowe FN-1 u 64 chorych z wolem oraz 15 zdrowych ochotników. Ostateczne badanie histopatologiczne wykazało, że w 41 przypadkach zdiagnozowano raka brodawkowego tarczycy (RBT) zaś u 13 wole guzkowe (WGT).

Wyniki: Porównując stężenia badanego biomarkera w osoczu wykazano istotne obniżenie stężenia FN-1 dla RBT i WGT ($p < 0,05$) w stosunku do grupy kontrolnej. Nie wykazano różnic stężeń pomiędzy grupami RBT i WGT. Po określeniu krzywej ROC dla zbadanego biomarkera, stosunek 1/FN-1 wyniósł 0,648. Wnioski: Obniżenie stężenia FN-1 w osoczu może być biomarkerem choroby nowotworowej tarczycy, jednakże nie może być wykorzystywane w celu wykrycia raka brodawkowego tarczycy w przypadku współistniejących zmian guzowatych w gruczole tarczowym.

„ZABURZENIA GOSPODARKI WAPNIOWEJ U CHORYCH PO OPERACJACH TARCZYCY OPEROWANYCH W 2014 ROKU W KLINICE CHIRURGII ENDOKRYNOLOGICZNEJ WSS IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI.”

M. Brożyna¹, J. Jaroszuk², K. Kuzdak³

1 - WSS im. M.Kopernika w Łodzi, Łódź

2 - WSS im.M.Kopernika w Łodzi, Łódź

3 - WSS. im.M.Kopernika w Łodzi, Łódź

Operacje na gruczole tarczowym są najczęściej wykonywanymi zabiegami w zakresie chirurgii endokrynologicznej. Najczęstszym wskazaniem do operacji tarczycy jest wole guzowate obojętne. W chwili obecnej preferuje się całkowite usunięcie gruczołu tarczowego. Postępowanie takie wiąże się z większym ryzykiem powikłań, do których zaliczamy m. in. hipokalcemię pooperacyjną.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie liczby występującej hipokalcemii pooperacyjnej u chorych po częściowej i całkowitej resekcji tarczycy.

Metodyka: Za kryterium rozpoznania hipokalcemii pooperacyjnej ustalono stężenie poziomu wapnia we krwi poniżej 2,00 mmol/l. Krew pobierano na czczo z żyły łokciowej po 48 godzinach od zabiegu operacyjnego oraz w kontroli odległej (6 miesięcy). U chorych, u których stwierdzono pooperacyjną hipokalcemię oznaczano stężenie PTH oraz włączano doustną suplementację preparatów wapnia i witaminy D3.

Wyniki: W 2014 roku w Klinice Chirurgii Endokrynologicznej wykonano 1052 operacje na gruczole tarczowym, z czego 963 zabiegi całkowitego usunięcia tarczycy oraz 89 resekcji częściowej. W drugiej dobie pooperacyjnej zaburzenia gospodarki wapniowej stwierdzono w 137 przypadkach (co stanowiło 13,02%): dotyczyło to 129 chorych po całkowitej resekcji (94,16%) oraz 8 chorych po częściowym wycięciu tarczycy (5,84%). Resekcja subtotalna lub hemithyreoidectomy w naszym materiale nie obniżyła odsetka hipokalcemii pooperacyjnej. W kontroli po 6 miesiącach obniżony poziom wapnia utrzymywał się u 15 chorych, co stanowiło 1,43%.

Wnioski: Objawy pooperacyjnej hipokalcemii występują częściej po całkowitym wycięciu gruczołu tarczowego. Wartości PTH poniżej 10 pg/ml prognozowały utrwaloną niedoczynność przytarczyc i stwierdzono je u wszystkich 15 chorych z obniżonym stężeniem wapnia w 6. miesiącu po zabiegu. Po zastosowaniu doustnej suplementacji preparatów wapnia oraz witaminy D3 ustępują w 89,05%. Hipokalcemia po operacji tarczycy jest obecnie najczęstszym powikłaniem.

ANGIOGENEZA I STATUS OKSYDACYJNO-ANTYOKSYDACYJNY U CHORYCH Z PIERWOTNĄ NADCZYNNOCIĄ PRZYTARCZYC

M. Deska¹, E. Romuk², G. Kowalski³, S. Tyczyński¹, E. Birkner², J. Gawrychowski³

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii SUM w Katowicach, Bytom

2 - Katedra Biochemii Ogólnej w Zabrze, SUM w Katowicach, Zabrze

3 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii SUM w Katowicach, Oddział Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, Bytom

Parathormon (PTH) odpowiedzialny jest głównie za regulację gospodarki wapniowej. Ponadto wpływa także na ekspresję VEGF i metaloproteinazy, a także na regulację procesu angiogenezy w tkance przytarczyc. Wzrost wydzielania PTH indukuje także nadmierne powstawanie reaktywnych form tlenu i prowadzi do powstania stresu oksydacyjnego w ustroju. To może przyczyniać się z kolei do zwiększenia zapadalności na choroby układu krążenia oraz na nowotwory sutka i jelita grubego u chorych z PNP.

Cel pracy: 1. Porównanie statusu oksydacyjno-antyoksydacyjnego chorych z PNP i osób zdrowych 2. Ocena ekspresji czynników angiogenezy w tkance przytarczyc u chorych z PNP w zależności od nasilenia ogólnoustrojowego stresu oksydacyjnego.

Metodyka: Materiał do badań stanowiły surowica i fragmenty wyciętych przytarczyc pobrane od 56 kolejno operowanych chorych w latach 2013-14 z powodu PNP w wieku od 28 do 82 (średnia 55,7) lat. Grupę kontrolną stanowiło 12 chorych w wieku od 23 do 67 (śr. 43,4) lat. Oznaczano aktywność dysmutazy ponadtlenkowej (SOD) i ceruloplazminy (CER) oraz stężenia produktów reakcji wolnorodnikowych: dialdehydu malonowego (MDA) i nadtlenu lipidowego (LPH) w surowicy. W badaniach immunohistochemicznych oceniano ekspresję VEGF, CD31 i CD106 w tkance przytarczyc chorych z PNP w zależności od nasilenia ogólnoustrojowego stresu oksydacyjnego.

Wyniki: Porównanie z grupą osób zdrowych wykazało brak istotnych statystycznie różnic w zakresie stężenia całkowitego statusu oksydacyjnego i całkowitej zdolności antyoksydacyjnej. Istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami stwierdzono w aktywności dysmutazy ponadtlenkowej SOD ($p=0,0001$), w stężeniu ceruloplazminy (CER) ($p=0,008$) i dialdehydu malonowego (MDA) ($p=0,007$). Wielkość stężenia PTH wpływała na większą ekspresję czynników angiogenezy – VEGF ($p=0,003$), CD31 ($p=0,0281$), CD106 ($p=0,035$) w tkance przytarczyc. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy badanymi czynnikami stresu oksydacyjnego i angiogenezy.

Wnioski: 1. Wysoka aktywność dysmutazy ponadtlenkowej i niskie stężenie ceruloplazminy w surowicy pacjentów z PNP jest wynikiem stresu oksydacyjnego 2. Wysoki poziom stężenia MDA w surowicy pacjentów z PNP stanowi wymierny wskaźnik nasilenia szkodliwych procesów peroksydacji lipidów. 3. Zjawisko angiogenezy w przytarczycach podlega wpływowi PTH 4. Nie stwierdzono wpływu nasilenia ogólnoustrojowego stresu oksydacyjnego na proces angiogenezy w przytarczycach.

ZMIANY PARAMETRÓW OKSYDACYJNO-REDUKCYJNYCH W USTROJU PACJENTÓW PO PARATYREIDEKTOMII WYKONANEJ Z POWODU PIERWOTNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC

M. Deska¹, E. Romuk², A. Hampel², G. Buła³, D. Żądło³, E. Birkner², J. Gawrychowski³

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej w Bytomiu, SUM w Katowicach, Bytom

2 - Katedra Biochemii Ogólnej w Zabrze, SUM w Katowicach, Bytom

3 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej SUM w Katowicach, Oddział Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, Bytom

Nadmierne wydzielanie parathormonu (PTH) obserwowane w pierwotnej nadczynności przytarczyc (PNP) powoduje zaburzenie homeostazy wapniowo-fosforanowej. PTH wpływa też na mechanizmy eliminujące wolne rodniki z ustroju prowadzi też do wystąpienia stresu oksydacyjnego. Paratyreidektomia (PTX) z kolei normalizując poziom PTH i wapnia w ustroju doprowadza do korzystnych zmian parametrów statusu oksydacyjno-antyoksydacyjnego.

Cel pracy: Ocena aktywności antyoksydacyjnej, stężenia produktów reakcji wolnorodnikowych i aktywności dysmutazy ponadtlenkowej u chorych z PNP przed operacją oraz po PTX. METODYKA: Grupę badaną stanowiło 56 kolejno operowanych chorych z PNP w wieku od 28 do 82 (śr. 55,7) lat, poddanych w latach 2013-2014 PTX. Oznaczeń biochemicznych dokonano z surowicy krwi pobranej przed zabiegiem operacyjnym i w 15 dobie po PTX.

Wyniki: Po PTX z powodu PNP stwierdzono spadek stężenia PTH ($p=0,000016$). W 15 dobie po PTX w surowicy chorych stwierdzono spadek całkowitego statusu oksydacyjnego (TOS) ($p=0,001$) i wzrost całkowitej zdolności antyoksydacyjnej (TAC) ($p=0,027$). Spada też aktywność dysmutazy ponadtlenkowej (SOD) w surowicy ($p=0,007$) oraz w erytrocytach ($p=0,504$). Odnotowano również pooperacyjny spadek stężenia produktów reakcji wolnorodnikowych: dialdehydu malonowego (MDA) ($p=0,004$) i nadtlenków lipidowych (LPH) ($p=0,0005$).

Wnioski: 1. Wysoki poziom PTH u chorych z PNP prowadzi do nasilenia produkcji wolnych rodników tlenowych i wystąpienia stresu oksydacyjnego. 2. Paratyreidektomia u chorych z PNP prowadzi do wzrostu całkowitej zdolności antyoksydacyjnej. 3. U chorych po PTX z powodu PNP stwierdza się spadek całkowitego statusu oksydacyjnego, aktywności dysmutazy ponadtlenkowej oraz stężenia produktów reakcji wolnorodnikowych. 4. Spadek stężenia MDA i LPH po PTX jest wymiernym wskaźnikiem spadku nasilenia szkodliwych procesów peroksydacji lipidów.

POWIKŁANIA PO LAPAROSKOPOWYM OPASANIU ŻOŁĄDKA W MATERIALE WŁASNYM W SIEDMNASTOLETNIJ OBSERWACJI.

M. Glück¹, J. Piecuch¹, J. Jopek¹, M. Wiewióra¹, W. Żurawiński¹, B. Abdel Aziz¹, A. Kozłowski¹, M. Domagała¹, K. Sosada¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej. Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach., Zabrze

Otyłość staje się ogólnoswiatową epidemią. Laparoskopowe opasanie żołądka jest uznanym sposobem leczenia otyłości olbrzymiej. U części chorych zachodzi konieczność przeprowadzenia operacji rewizyjnej.

Celem pracy było przedstawienie powikłań po laparoskopowym opasaniu żołądka będących wskazaniem do usunięcia opaski.

Materiał. W latach 1998-2014 u 265 otyłych (208 kobiet; 78%) w wieku średnio 35 ±12 lat założono system dostosowywalnej opaski wokół żołądka.

Wyniki. Analizą objęto grupę 35 (13%) pacjentów (31 kobiet; 89%), u których przeprowadzono operacje rewizyjne. Mediana i przedział środkowy BMI przed operacją pierwotną wynosiły 42 (40-46), przed operacją rewizyjną 32 (27-37), $p = 0,000004$. Mediana i przedział środkowy największego procentowego ubytku nadmiaru masy ciała (%EWL) wynosił 101% (54-117), natomiast przed operacją rewizyjną %EWL wynosił 53% (39-95). Mediana i przedział środkowy czasu do operacji rewizyjnej wynosił 36 miesięcy (23-65, zakres 3-144). Opaskę usunięto u 30 (11%) pacjentów, z tego u 19 (63%) metodą laparoskopową, 11 (37%) operowano poprzez laparotomię, wykonując równocześnie zabiegi wyłączające. Wskazaniami do usunięcia systemu dostosowywalnej opaski były migracja opaski do światła żołądka 17 (49%), zsunięcie opaski w stronę dalszej części żołądka 4 (11%), nietolerancja restrykcji 4 (11%), poszerzenie zbiornika nadopaskowego u 3 (8%), nieszczelność systemu opaski 1 (3%) i otwarcie opaski 1 (3%). Inne operacje dotyczyły powikłań związanych z portem: infekcja u 1 (3%), nieszczelność i rotacja u 3 (3%). W trakcie tych operacji nie usuwano opaski, u trzech pacjentów zmieniono lokalizację portu, u jednego usunięto port.

Wnioski: Główną przyczyną konieczności usunięcia systemu dostosowywalnej opaski była migracja opaski do światła żołądka. Laparoskopowe opasanie żołądka jest nadal skuteczną metodą leczenia otyłości mimo ryzyka konieczności przeprowadzenia operacji rewizyjnych.

ANALIZA WPŁYWU WIEKU NA WYSTĄPIENIE POWIKŁAŃ W 14 DNIOWYM OKRESIE POOPERACYJNYM U PACJENTÓW LECZONYCH CHIRURGICZNIE Z POWODU OTYŁOŚCI METODĄ LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA.

M. Janik¹, K. Paśnik¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Popularność chirurgii bariatrycznej w Polsce systematycznie wzrasta. Trend ten ma swoje odzwierciedlenie we wzroście liczby operacji typu Rękawowej Resekcji Żołądka sposobem laparoskopowym (ang. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, LSG). Brak jest dostępnych informacji na temat bezpieczeństwa tej metody operacji u pacjentów w różnych grupach wiekowych.

Cel pracy: Ocena wpływu wieku na wystąpienie powikłań w 14 dniowym okresie pooperacyjnym u pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu otyłości metodą Laparoskopowej Rękawowej Resekcji Żołądka.

Materiał i Metody: Retrospektywnie dokonano analizy 188 pacjentów, operowanych z powodu otyłości w Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie w okresie od stycznia do grudnia 2014r. Pacjenci zostali poddani operacji typu LSG. Określono śmiertelność oraz występowanie powikłań pooperacyjnych w 14-dniowym okresie po operacji w poszczególnych kategoriach wiekowych. Wystąpienie jednego ze zdarzeń takich jak: zgon, nieszczelność, krwawienie do jamy otrzewnowej, krwawienie do przewodu pokarmowego, niewydolność oddechowa, zawał serca oraz obecność rabdomiolizy było traktowane jako wystąpienie punktu końcowego. Opracowania statystycznego wykorzystano oprogramowanie SAS 9.3.

Wyniki: Do badania włączono 99 kobiet (53%) oraz 89 (47%) mężczyzn. U 133 (73%) pacjentów stwierdzono nadciśnienie tętnicze, u 59 osób (32%) cukrzycę typu II, u 54 (31%) zaburzenia lipidowe a u 15 (8%) chorobę niedokrwinną serca. Pacjenci zostali podzieleni ze względu na wiek na 4 kategorie: kategoria I – do 19 do 34 roku życia, kategoria II – powyżej 35 do 42 roku życia, kategoria III - powyżej 42 do 51 roku życia oraz kategoria IV – powyżej 51 roku życia. Wystąpienie punktu końcowego zaobserwowano u 25 pacjentów. W 19 przypadkach powikłanie miało charakter chirurgiczny natomiast w 6 ogólnomedyczny. Śmiertelność wyniosła 0%. Występowanie powikłań wzrastało wraz z wiekiem pacjentów.

Wnioski: W badaniu zaobserwowano istotnie większą częstość występowania powikłań zarówno chirurgicznych jak i ogólnomedycznych w przypadku grup osób starszych. Mimo to, żadne z powikłań nie doprowadziło do zgonu pacjenta.

WPŁYW WIEKU NA WYSTĘPOWANIE POWIKŁAŃ U PACJENTÓW LECZONYCH CHIRURGICZNIE Z POWODU OTYŁOŚCI METODĄ LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY (LSG)

M. Janik¹, K. Paśnik¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Popularność chirurgii bariatrycznej w Polsce systematycznie wzrasta. Trend ten ma swoje odzwierciedlenie we wzroście liczby operacji typu Rękawowej Resekcji Żołądka sposobem laparoskopowym (ang. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, LSG). Brak jest dostępnych informacji na temat bezpieczeństwa tej metody operacji u pacjentów w różnych grupach wiekowych.

Cel pracy: Ocena wpływu wieku na wystąpienie powikłań w 14 dniowym okresie pooperacyjnym u pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu otyłości metodą Laparoskopowej Rękawowej Resekcji Żołądka.

Materiał i Metody: Retrospektywnie dokonano analizy 207 pacjentów, operowanych z powodu otyłości w Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie w okresie od stycznia do grudnia 2014r. Pacjenci zostali poddani operacji typu LSG. Określono śmiertelność oraz występowanie powikłań pooperacyjnych w 14-dniowym okresie po operacji w poszczególnych kategoriach wiekowych. Wystąpienie jednego ze zdarzeń takich jak: zgon, nieszczelność, krwawienie do jamy otrzewnowej, żylna choroba zakrzepowo zatorowa, niewydolność oddechowa oraz obecność rabdomiolizy było traktowane jako wystąpienie punktu końcowego. Opracowanie statystycznego wykonano z wykorzystaniem oprogramowania SAS 9.3.

Wyniki: Do badania włączono 105 kobiet (51%) oraz 102 (49%) mężczyzn. U 115 (56%) pacjentów stwierdzono nadciśnienie tętnicze, u 56 osób (27%) cukrzycę typu II a u 26 (13%) zaburzenia lipidowe. Pacjenci zostali podzieleni ze względu na wiek na 4 kategorie: kategoria I – do 18 do 36 roku życia, kategoria II – powyżej 36 do 42 roku życia, kategoria III - powyżej 42 do 50 roku życia oraz kategoria IV – powyżej 50 roku życia. Wystąpienie punktu końcowego zaobserwowano u 16 pacjentów. W 12 przypadkach powikłanie miało charakter chirurgiczny natomiast w 4 ogólnomedyczny. Wiek powyżej 50 roku życia związany był z podwyższonym ryzykiem wystąpienia powikłań w ogóle oraz powikłań chirurgicznych (OR, 3.585; OR 4.070) Śmiertelność wyniosła 0%.

Wnioski: W badaniu zaobserwowano istotnie większą częstość występowania powikłań chirurgicznych w przypadku grup osób starszych. Mimo to, żadne z powikłań nie doprowadziło do zgonu pacjenta.

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TARCZYCY - WYSTĘPOWANIE, DIAGNOSTYKA, LECZENIE - DOŚWIADCZENIA JEDNEGO OŚRODKA.

K. Kaliszewski¹, P. Domosławski¹, T. Łukieńczyk¹, B. Wojtczak¹, W. Balcerzak¹, M. Strutyńska-Karpińska¹, K. Sutkowski¹, M. Głód¹

1 - I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław

Począwszy od lat 90 XX wieku obserwuje się gwałtowny wzrost zachorowalności na nowotwory tarczycy. W Polsce umieralność na nowotwory tarczycy jest znacząco wyższa niż w krajach Unii Europejskiej.

Cel: Wobec powyższych danych zasadne jest przeanalizowanie aktualnych standardów diagnostyki i leczenia tych nowotworów z odniesieniem się do własnych doświadczeń.

Materiał i metody: Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 3406 chorych leczonych z powodu schorzeń tarczycy od stycznia 2008 do kwietnia 2015 roku jednym ośrodkiem.

Wyniki: W analizowanej grupie znalazło się 263(7,72%) Pacjentów z nowotworami złośliwymi tarczycy. Najlicniejszą grupę stanowili chorzy z rakiem brodawkowatym (209(79,46%) przypadków), następnie rak pęcherzykowy 18(6,84%), rak rdzeniasty - 9(3,42%) chorych, rak anaplastyczny - 8(3,04%), 7(2,66%) chłoniaków oraz nieco rzadziej występujące nowotwory wtórne - 8(3,04%) przypadków, 1(0,38%) rak płaskonabłonkowy i 3(1,14%) mięsaki. 178(67,68%) przypadków było rozpoznanych przedoperacyjnie natomiast u 85(32,31%) chorych rozpoznanie nowotworu złośliwego postawiono dopiero po leczeniu operacyjnym. 91(34,60%) przypadków stanowiły mikroraki, z czego 37(40,65%) było incydentalnych, a 54(59,34%) nieincydentalnych. Wszystkie raki wysokozróżnicowane zostały zoperowane radykalnie. Na uwagę zasługują guzy wtórne, których w zdecydowanej większości ognisko pierwotne znajdowało się w nerce - 5(1,90%). Niestety w żadnym przypadku mięsaka tarczycy przedoperacyjnie nie postawiono trafnego rozpoznania, za to ostatnie dwa przypadki raka rdzeniastego tarczycy zostały zakwalifikowane do leczenia operacyjnego na podstawie diagnostyki molekularnej. U 1 chorego z agresywną postacią raka brodawkowego tarczycy oprócz standardowej tyroidektomii połączonej z elektywną limfadenektomią grupy centralnej wykonano częściowe wycięcie ściany tchawicy z wykorzystaniem neuromonitoringu nerwów krtaniowych wstecznych.

Wnioski: W przedoperacyjnej diagnostyce różnicowej guzów złośliwych tarczycy należy wziąć pod uwagę nawet tak rzadkie dla tej lokalizacji nowotwory jak mięsaki. Dość znaczna grupa nowotworów tarczycy wykrywana jest we wczesnej fazie rozwoju na etapie mikroraka. Obserwuje się powolny wzrost ilości zabiegów radykalnych wykonanych przed kliniczną manifestacją choroby. Dzięki coraz lepszemu sprzętowi poprawiającemu bezpieczeństwo zabiegu operacyjnego można przeprowadzać zabiegi bardziej rozległe.

REMISJA CUKRZYCY TYPU 2 PO ROUX-EN-Y GASTRIC BY-PASS U PACJENTÓW Z BMI < 35 I > 35 KG/M² W 5 LETNIM OKRESIE OBSERWACJI.

Ł. Kaska¹, M. Proczko², Z. Śledziński², M. Stankiewicz³

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdańsk

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdańsk

3 - Zakład Żywienia Klinicznego, Gdańsk

Operacje bariatryczne w leczeniu cukrzycy typu 2 (T2DM) stają się powoli powszechną kliniczną praktyką. Chociaż duża ilość badań potwierdziła wysoką skuteczność stosowania metod chirurgicznych w leczeniu T2DM u pacjentów z BMI < 35, to obiecujące rozwiązanie nie zostało dostatecznie szeroko docenione, nawet w obliczu zagrażającej epidemii cukrzycy.

Cel: Analiza dynamiki remisji T2DM u pacjentów z BMI < 35 w porównaniu z pacjentami z BMI > 35. Ocena skuteczności Roux-en-Y gastrin by-pass (RYGB) w leczeniu T2DM u nie otyłych patologicznie pacjentów.

Metodyka: Zebrane z prospektywnie prowadzonego rejestru dane 30 pacjentów z BMI < 35 i 82 z BMI > 35, u których wykonano RYGB między majem 2007 a majem 2010, zostały poddane analizie. Oceniono główne laboratoryjne parametry remisji T2DM; poziom glukozy na czczo (FPG ≤ 100 mg%) oraz poziom hemoglobiny glikolowanej (HbA1C ≤ 6 %)

Wyniki: Remisję T2DM obserwowano u 80% pacjentów z BMI < 35 i 83% w grupie BMI > 35 rok po operacji i ok. 80% pacjentów po 2 i 3 latach po RYGB w obu grupach. Normalizacja średniej HbA1C i FPG była obserwowana w grupie z BMI > 35 po 3 miesiącach od operacji podczas gdy w grupie < 35 następowała po 6 miesiącach po RYGB. Zmiany w głównych markerach T2DM korelowały ze spadkiem BMI 6-12 miesięcy pooperacyjnie, lecz wczesne remisje u większości chorych nie były zależne od spadku wagi. Po 4 latach, 4 pacjentów (2 z BMI > 35 i 2 z BMI < 35), u których obserwowano wzrost wagi oraz nawrót T2DM, reoperowano wykonując wydłużenia o 100cm pętli żółciowo-trzustkowej uzyskując po 5 latach ponowną remisję.

Wnioski: Pięcioletnie obserwacje wykazały ustępowanie T2DM u pacjentów poddanych RYGB, niezależnie od BMI. W odległym okresie odsetek chorych z całkowitą remisją zbliżony był do 80% co podkreśla wysoką skuteczność chirurgicznych operacji metabolicznych w leczeniu cukrzycy nie tylko u pacjentów z otyłością patologiczną. Dalsze badania powinno się przeprowadzać stratyfikując pacjentów w zależności od zaawansowania T2DM. Analiza wyników pacjentów z najbardziej zaawansowaną T2DM mogłaby wpłynąć na zmianę taktyki operacyjnej w celu poprawienia odległych wyników.

PROSPEKTYWNA OCENA POPRAWY METABOLIZMU GLUKOZY U INSULINO-OPORNOŚCI OTYŁYCH PATOLOGICZNIE PACJENTÓW PODDANYCH TRZEM OPERACJOM BARIATRYCZNYM.

Ł. Kaska¹, M. Proczko¹, P. Wiśniewski¹, Z. Śledziński²

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdańsk

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdańsk

Insulino-oporność (IR), etap wyjściowy prowadzący do rozwoju cukrzycy typu 2 (T2DM), ustępuje szybko po operacjach bariatrycznych, jakkolwiek ich efektywność zależy od rodzaju procedury. O ile odległy wpływ na ustępowanie IR jest dobrze udokumentowany, to mechanizm ultra-szybkiej odpowiedzi po restrykcyjnych i wyłączeniowych operacjach wciąż wymaga wyjaśnienia.

Cel: Ocena zmian głównych parametrów metabolizmu glukozy, w tym insulino-oporności od momentu rozpoczęcia przedoperacyjnego okresu przygotowawczego do leczenia bariatrycznego, do 12 miesięcy po operacji, eksponując istotność ultra-wczesnej odpowiedzi po 3 procedurach bariatrycznych. Zbadanie wpływu zastosowanych rozwiązań operacyjnych na intensywność efektu metabolicznego.

Metodyka: Od stycznia do grudnia/2013 grupa otyłych patologicznie, insulino-opornych pacjentów zrekrutowanych do prospektywnego badania, poddano laparoskopowym operacjom resekcji mankietowej (SG-30), Roux-en-Y gastrin by-pass (RYGB-30) i mini gastric by-pass (MGB-30). Główne laboratoryjne parametry metabolizmu glukozy były badane przedoperacyjnie, 4 dni, 1,3,6 i 12 miesięcy po operacji.

Wyniki: W całym okresie obserwacji, najbardziej znaczącą zmianę IR określaną przez indeks HOMA-IR odnotowano w pierwszych 4 dobach po każdej operacji bariatrycznej. Spadek wartości HOMA-IR był większy w grupach chorych po operacjach gastric by-pass ($p < 0.0001$) niż po SG (-41%). Różnica pomiędzy operacjami wyłączającymi faworyzowała MGB nad RYGB (-63 vs. -56%, $p = 0.0489$).

Wnioski: Największe zmiany w IR zachodzą zaraz po operacji bariatrycznej, zatem zmiana anatomii przewodu pokarmowego najistotniej wpływa na usprawnienie metabolizmu glukozy spośród wszystkich składowych terapii bariatrycznej. Istotne różnice w odpowiedzi po SG vs RYGB vs MGB podtrzymują koncepcję metabolicznych właściwości wyłączenia dwunastniczo-czczego. Zmieniony tranzyt żółci po zastosowaniu wyłączenia dwunastniczo-czczego może być odpowiedzialny za intensywność poprawy metabolizmu glukozy.

ANALGEZJA Z WYPRZEDZENIEM W LECZENIU BÓLU POOPERACYJNEGO U CHORYCH PODDAWANYCH ADRENALEKTOMII LAPAROSKOPOWEJ

A. Kącka¹, M. Piotrowski¹, S. Toutunchi², E. Krajewska², P. Fiszer³, R. Pogorzelski², Z. Gałązka⁴

1 - II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii WUM, Warszawa

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej WUM, Warszawa

3 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Warszawa

4 - Klinika chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej WUM, Warszawa

Adrenalektomia laparoskopowa zaliczana do zabiegów chirurgii małoinwazyjnej i jest obecnie szeroko stosowana do usuwania guzów nadnercza. Analgezia z wyprzedzeniem jest uznaną metodą wcześniejszej aplikacji leków z różnych grup w celu zmniejszenia bólu pooperacyjnego na drodze ograniczenia nadwrażliwości w okresie okołoperacyjnym. Do tego celu używa się paracetamolu, opioidów, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, gabapentoidów, antagonistów receptora alfa-2, antagonistów receptora NMDA lub leków modulujących aktywację cytokin. Podawanie tych środków ma na celu ograniczenie nasilenia aferentnej impulsacji nocyceptywnej do centralnego układu nerwowego, przez co zmniejsza się ośrodkowa i obwodowa sensytyzacja.

Cel pracy: Autorzy pracy porównali skuteczność analgezji z wyprzedzeniem u chorych zakwalifikowanych do zabiegu adrenalektomii laparoskopowej w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2014-2015.

Metoda: W grupach badanych liczących po 20 chorych podawano gabapentynę lub paracetamol do analgezji z wyprzedzeniem. Po premedykacji z benzodwazepinw dniu i w przedzień operacji dokonywano indukcji znieczulenia przy użyciu propofolu. Zwiotczenie na czas intubacji uzyskiwano przez podawanie chlorowodoru sukcyńlocholin. Anestezję kontynuowano podawaniem powtarzanych dawek fentanylu, środków zwiotczających działających na zasadzie konkurencyjnej, wentylację prowadzono mieszaniną tlenu z powietrzem (FiO₂-0,35) oraz sewofluranem. Stosowano monitorowanie zgodne ze standardami ośrodka. Analgezię z wyprzedzeniem stosowano podając gabapentynę w dawce 600 mg cztery godziny przed zabiegiem oraz 24 godziny po operacji w tej samej dawce lub paracetamol we wlewie dożylnym na początku zabiegu w dawce 1,0g w dawce nie większej niż 4 g/dobę. Porównano natężenie bólu w okresie pooperacyjnym przy użyciu skali VAS oraz dawkowanie opioidów po zabiegu oraz zmiany parametrów hemodynamicznych w okresie okołoperacyjnym.

Wyniki: Chorzy otrzymywali niewielkie dawki opioidów do 2 godzin po zabiegu i nie otrzymywali ich w oddziale chirurgicznym. Nie obserwowano nudności i wymiotów. Parametry hemodynamiczne były w normie.

Wnioski: Analgezia z wyprzedzeniem pozwala ograniczyć podaż analgetyków z grupy opioidów po zabiegu adrenalektomii laparoskopowej. Zastosowanie tego modelu analgezji poprawia komfort pacjenta w okresie pooperacyjnym. Analgezia z wyprzedzeniem może być stosowana w innych zabiegach laparoskopowych.

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF VIDEO-ASSISTED PARATHYROIDECTOMY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

V. Khomyak¹, N. Boyko¹, O. Lerchuk², V. Marina¹

1 - Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

2 - Lviv Regional Clinical Hospital, Lviv

Primary hyperparathyroidism (PHPT) in 80-85% of patients is caused by solitary adenoma of parathyroid gland (PTG). This led surgeons to idea that precise preoperative localization of the pathological PTG will make the opportunity to perform minimally invasive operation with focused removal of PTG solitary adenoma. First endoscopic parathyroidectomy was performed by M. Gagner in 1996, from then numerous methods of minimally invasive operations were introduced. In 1997 P. Miccoli performed minimally invasive video-assisted parathyroidectomy (MIVAP) which combines the benefits of open and endoscopic interventions. AIM. Identify the advantages and disadvantages of MIVAP by analysis of the results of surgical treatment of patients with PHPT.

Methods: From February 2010 to February 2014 in our clinic were operated 42 patients with PHPT, among them – 37 women. The average age of patients was $57,3 \pm 9,5$ years. For localization of pathological PTG were used ultrasonography and ^{99m}Tc-Sestamibi scintigraphy. Efficiency of MIVAP was confirmed using intraoperative frozen section. Patients who were completed MIVAP were attributed to the group I (11 (26%) cases) and patients operated by conventional methods – to the group II (31 (74%) patients).

Results: In all patients were normalized levels of calcium and parathyroid hormone after surgery. In 26% of patients with sporadic PHPT, in whom by means of localization procedures were detected solitary adenoma of PTG without accompanying thyroid pathology, MIVAP was performed. We have analyzed and compared in both groups levels of ionized calcium and parathyroid hormone (PTH) before and after surgery, duration of operation, length of incision, duration of hospital stay. Duration of surgical intervention was significantly lower ($64,2 \pm 9,7$ min vs $95,6 \pm 14,3$ min) and length of incision shorter ($2,6 \pm 0,2$ cm vs $5,5 \pm 1,1$ cm) in I group compared with II group patients. In one (2.4%) patient after conventional surgery developed a transient recurrent laryngeal nerve paresis.

Conclusions: The main advantages of MIVAP were shorter duration of the operation; no need for special equipment, other than the endoscope; opportunity, if necessary, to carry out from one access exploration of the neck from both sides; quick conversion to conventional surgical intervention by increasing the incision of skin.

ENDOVASCULAR PARATHYROID CELLS ALLOTRANSPLANTATION IN SEVERE HYPOPARATHYROIDISM MANAGEMENT

U. Khryshchanovich¹, S. Tretyak¹, Y. Ghoussein¹

1 - Belarusian State Medical University, Minsk

The hypocalcaemia of permanent hypoparathyroidism is a severe and sometimes fatal complication after thyroid and parathyroid surgery. Due to the multiple metabolic functions of parathyroid hormone, the symptoms and associated diseases of hypoparathyroidism cannot always be controlled sufficiently with oral calcium and vitamin D supplements. We report the successful allotransplantation of cryopreserved parathyroid cells to reverse hypocalcemia in an nonimmunosuppressed recipients. This was done after all standard attempts to treat symptomatic hypocalcemia failed.

Objective: To study the clinical effect of a new method of endovascular allotransplantation of non-encapsulated parathyroid cells to the splenic artery.

Methods: From January 2014 to December 2014, 9 patients underwent 9 endovascular allotransplantations of cultured cryopreserved non-encapsulated parathyroid cells (~20-40×10⁶) to the splenic artery using «INNOVA 3100, General Electric, USA». Mean recipient age was 38.5 [27.5-50.3] years. All recipients had low levels of serum parathyroid hormone and hypocalcaemia. Donors were selected from patients undergoing parathyroidectomy for secondary hyperparathyroidism. 7 cases were matched by ABO phenotype. HLA typing was not performed.

Results: On day 7 after transplantation almost a twofold increase in the concentration of parathyroid hormone was noticed – 4.7 [3-15.3] pg/mL (day of surgery) to 8 [6-25.1] pg/mL on day 7 (P=0.09). PTH concentration tended to decrease after 6 months to 7.5 [3.3-19] pg/mL, but did not reach preoperative values. Normal serum calcium level was achieved after one month from transplantation (total serum calcium, 2.13 [1.92-2.32] mmol/L), and was maintained for 6 months (P>0.05). A significant reduction in oral intake of calcium and vitamin D was observed starting at 1 month after transplantation. Parenteral administration of calcium was no more needed. Improvement of symptoms was observed in 6 cases. Convulsions and paresthesias stopped in 3 and 2 cases, respectively. The median duration of allograft functioning was 4.5 [1-6] months.

Conclusions: The new method, endovascular allotransplantation of parathyroid cells into the splenic artery, has many advantages: It is a minimal invasive procedure and can be performed under local anesthesia, operating time and patients stay are minimized, there are no limiting factors for re-allotransplantation.

ZABURZENIA PSYCHICZNE U CHORYCH Z PIERWOTNĄ NADCZYNNOŚCIĄ PRZYTARCZYC

Ł. Kunert¹, R. Pudło¹, M. Nabrdalik², A. Pietrańska¹, G. Buła², J. Gawrychowski²

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, SUM w Katowicach, Bytom

2 - Katedra Chirurgii Ogólnej w Bytomiu, SUM w Katowicach Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, Bytom

W pierwotnej nadczynności przytarczyc (PNP) obserwuje się częstsze występowanie wybranych zaburzeń psychicznych. Zalicza się do nich apatię, senność, obniżenie nastroju, dezorientację, objawy neurasteniczne, zaburzenia funkcji poznawczych. W najnowszych doniesieniach, w których rozpoznanie PNP oparte jest na badaniach biochemicznych, opisywano również mniej specyficzne symptomy takie jak osłabienie i męczliwość, zaburzenia snu, a także objawy afektywne i lękowe.

Cel pracy: Celem badania było ustalenie częstości występowania zaburzeń psychicznych u osób leczonych z rozpoznaniem pierwotnej nadczynności przytarczyc oraz próba wykazania związku między nasileniem tychże zaburzeń a stężeniami wapnia i parathormonu w surowicy.

Metodyka: Badaniami objęto kolejno operowanych w roku 2014 chorych leczonych z powodu PNP. Grupę kontrolną stanowiło 20 chorych hospitalizowanych z powodu innych schorzeń chirurgicznych. Do oceny funkcji poznawczych użyto Montrealskiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA), do oceny zaburzeń depresyjnych Skali Depresji Hamiltona (HDRS), Skali Depresji Becka (BDI) oraz celem oceny zaburzeń lękowych i depresyjnych Skali Depresji i Lęku (HADS).

Wyniki: Analiza wyników wykazała ewidentne obniżenie sprawności funkcji poznawczych w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,001$), zdecydowanie większe nasilenie zaburzeń depresyjnych w teście Hamiltona ($p < 0,001$) oraz znamienne statystycznie zwiększone nasilenie występowania zaburzeń depresyjnych w teście Becka ($p < 0,05$). Test HADS wykazał znamienne częstsze statystycznie występowanie zaburzeń depresyjnych ($p < 0,05$). Również częściej pojawiały się zaburzenia lękowe. Różnice te nie miały jednak charakteru znamiennego ($p > 0,05$). Nie wykazano zależności między nasileniem zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń depresyjnych a stężeniami wapnia i parathormonu w surowicy.

Wnioski: 1. Z pierwotną nadczynnością przytarczyc wiąże się znamienne częstsze występowanie zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń depresyjnych. 2. Nie wykazano zależności pomiędzy nasileniem objawów zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń depresyjnych a stężeniem wapnia i parathormonu w surowicy.

MAPOWANIE PRZEBIEGU NERWÓW KRTANIOWYCH WSTECZNYCH I GÓRNYCH PODCZAS TYREOIDEKTOMII Z POWODU ZRÓŻNICOWANEGO RAKA TARCZYCY ORAZ WOLA NAWROTOWEGOM. Kusiński¹, J. Sopiński¹, K. Kuzdak¹

1 - Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Naczyniowej UM w Łodzi, Łódź

Śródoperacyjny neuromonitoring elektrofizjologiczny nerwów krtaniowych wstecznych i górnych (IONM) staje się uznaną na świecie metodą wspomagającą chirurgię tarczycy. Jako metoda komplementarna do obowiązkowej wizualizacji nerwów krtaniowych wstecznych podczas tyreoidektomii pozwala na zmniejszenie ryzyka powikłań w postaci pooperacyjnych zaburzeń fonacji.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena przydatności przerywanego IONM w lokalizacji nerwów krtaniowych wstecznych i górnych oraz ocena ryzyka powikłań fonacyjnych po operacji tarczycy w grupie pacjentów operowanych z zastosowaniem IONM w porównaniu z grupą bez IONM. Mapowanie nerwów krtaniowych górnych i wstecznych pozwala na ich lokalizację jeszcze przed pełną wizualizacją, co jest szczególnie przydatne do poszukiwania gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego odpowiedzialnego za prawidłowe napięcie fałdów głosowych.

Materiał: Materiał pracy stanowili pacjenci operowani w Klinice Chirurgii Endokrynologicznej i Ogólnej w latach 2013-2015. Pacjentów podzielono na grupy w zależności od rozpoznania (wole nawrotowe, zróżnicowany rak tarczycy) oraz użycia aparatu do IONM. Grupę kontrolną stanowili pacjenci, u których nie użyto neuromonitoringu śródoperacyjnego.

Metodyka: Przeanalizowano przebieg leczenia szpitalnego i poszpitalnego pacjentów z uwzględnieniem zapisu IONM wykonanego aparatem Inomed C2. Oceniono pacjentów pod kątem zaburzeń fonacji. Oceniono radykalność zabiegu w pooperacyjnym badaniu scyntygraficznym (u pacjentów z rakiem tarczycy) oraz pooperacyjnym badaniu USG szyi.

Wyniki i wnioski: Zastosowanie neuromonitoringu pozwala na zwiększenie precyzji chirurgicznej podczas tyreoidektomii, zmniejsza ryzyko pooperacyjnych zaburzeń fonacji. IONM pozwala na zwiększenie radykalności operacji bez zwiększenia ryzyka powikłań.

OCENA STANU ODŻYWIENIA PACJENTÓW ZAKWALIFIKOWANYCH DO CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI ORAZ WYNIKAJĄCE Z TEGO KONSEKWENCJE

A. Lehmann¹, M. Michalik²

1 - ODZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ, SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. F. CEYNOWY W WEJHEROWIE, Wejherowo

2 - KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ I MAŁOINWAZYJNEJ, MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W OLSZTYNIE, Olsztyn

Jednym z podstawowych problemów, którymi zajmujemy się jest chirurgiczne leczenie otyłości oraz chirurgia metaboliczna. Otyłość sama w sobie jest zaburzeniem prawidłowego stanu odżywienia.

Cele: Ocena stanu odżywienia pacjentów zakwalifikowanych do chirurgicznego leczenia otyłości. Ocena wpływu zaburzeń odżywienia na przebieg leczenia. Ocena podłoża zapalnego otyłości.

Metodyka: Badanie retrospektywne. Zakwalifikowano 221 chorych, operowanych po raz pierwszy z powodu otyłości w Oddziale Chirurgii Ogólnej I Naczyniowej Szpitala Specjalistycznego im. F.Ceynowy w Wejherowie w okresie od 01.2011 roku do 12.2012 roku. Protokół stanu odżywienia zawierał: ocenę masy ciała, ocenę współczynnika masy ciała, ocenę stanu odżywienia białkowego, parametry wątrobowe oraz oceniające gospodarkę lipidową organizmu.

Wyniki: Stwierdzono obniżony poziom albumin u 15,4% pacjentów. Na tej podstawie stwierdzono u tych chorych niedożywienie lekkiego stopnia, natomiast na podstawie CLL u 4.5% pacjentów stwierdzono niedożywienie lekkiego stopnia a u prawie 1% pacjentów niedożywienie ciężkiego stopnia. Stwierdzono istotnie wyższy poziom Na i K u mężczyzn w stosunku do kobiet. Istotne zmiany w lipidogramie. Mężczyźni w stosunku do kobiet prezentowali istotnie wyższy poziom TG oraz istotnie niższy poziom HDL. Stwierdzono istotnie wyższe poziomy albumin i białka całkowitego u mężczyzn w stosunku do poziomu u kobiet. Mężczyźni mieli zdecydowanie niższy poziom bilirubiny, natomiast stwierdzono istotnie wyższy u mężczyzn poziom AspaT, AlaT oraz GGTP. Przeanalizowano zależność wszystkich badanych parametrów pod względem występowania powikłań. Osoby z powikłaniami miały istotnie niższy poziom HDL w porównaniu do osób bez powikłań (p= 0,04). U ponad 38% pacjentów stwierdzono podwyższony poziom CRP i u ponad 32% podwyższony poziom WBC, mimo nie zgłaszali żadnych infekcji. Korelacja między WBC i CRP korelują dodatnio z BMI. Może to być jednym z wielu czynników wspierających teorie o zapalnym pochodzeniu otyłości.

Wnioski: Wśród pacjentów z otyłością patologiczną lekkie niedożywienie występuje z częstością 4,5-15,4%, a ciężkie niedożywienie u ok. 1%. Częstsze są zaburzenia elektrolitowe, lipidowe oraz niedokrwistość. U pacjentów z niższym HDL, istotnie częściej występowały powikłania. Dodatnie korelacje między BMI a WBC i CRP, występujące u ponad 1/3 chorych, mogą sugerować etiologię zapalną otyłości w określonej grupie chorych.

INFLUENCE OF LAPAROSCOPIC GASTRIC PLICATION ON TYPE 2 DIABETES MELLITUS COURSE IN PATIENTS WITH NORMAL BODY WEIGHT AND OBESITY. ANALYZE OF SOME CARBOHYDRATE METABOLISM PARAMETERS.

O. Lukavetskiy¹, Y. Havrysh², I. Kravchuk³, R. Havrysh²

1 - Lviv National Medical University, Lviv

2 - Lviv National Medical University, Lviv Regional Clinical Hospital, Lviv

3 - Lviv Regional Clinical Hospital, Lviv

In 2013 WHO reported about 382 million people with diabetes mellitus and 316 million people with impaired glucose tolerance. About 80% of patients have type 2 diabetes mellitus (DM 2). Aim. Analyze certain carbohydrates metabolism parameters after laparoscopic gastric plication (LGP) in patients with DM2. Compare changes of carbohydrates metabolism parameters between obese and non-obese patients with DM2 after LGP.

Methods: From November 2010 to January 2015 LGP was performed in 49 patients with type 2 diabetes mellitus. Twenty three patients were non-obese (BMI < 30 kg/m²) and 26 obese patients (BMI > 30 kg/m²). There were 15 male and 34 female and age of patients was from 28 to 63 years. Eighteen patients followed the diet, twenty one patient received oral hypoglycemic agents, ten patients had insulin therapy. The average duration of surgery 72 minutes (55 to 90 min). We obtained data about duration of diabetes, previous hypoglycemic treatment, age, weight, height, BMI, BP, ECG, fasting glucose (FG), HbA1c, levels of cholesterol and lipoproteins before operation and every 3 months after surgery. All patients were under observation of endocrinologists.

Results: There were no deaths or serious complications after operation. Maximum excess weight lost (EWL) period lasted for 12-24 months after surgery. Mean EWL for 24 months follow up was 46±2.2% in 23 obese patients. Three (6.1%) obese patients after 18 months regained their previous weight. Maximum body weight lost was 7 kg in non-obese patients. According to Buse's consensus group criteria: complete remission of diabetes was found in 22 (44.8%) patients; partial remission in 13 (26.5%) patients. 14 (28.5%) patients didn't achieve remission of diabetes. Normalization of blood pressure without use of antihypertensive drugs occurred in 30 (61.2%) patients.

Conclusions: 1. LGP has positive impact on the course of DM2, which showed changes of carbohydrate metabolism. 2. Longer duration of diabetes and previous insulin treatment reduces the chance of remission.

NEUROMONITORING NERWÓW KRTANIOWYCH WSTECZNYCH - DOŚWIADCZENIA WŁASNE.J. Majewski¹, M. Gierek¹, G. Ochała¹, S. Borowy¹, J. Kurek¹

1 - Szpital wielospecjalistyczny w Jaworznie, Jaworzno

Ciągły rozwój nowych technologii umożliwia coraz dokładniejsze i bezpieczniejsze wykonywanie operacji tarczycy. W naszym ośrodku w ciągu ostatnich 10 lat, dokonał się duży przełom w technice oraz metodzie wykonywania resekcji częściowych oraz całkowitych tarczycy. Neuromonitoring, który wykorzystujemy podczas zabiegu resekcji tarczycy jest w wielu ośrodkach dalej uważany za niepotrzebny jak i wydłużający zabieg. Przeanalizowano ponad 300 zabiegów operacyjnych resekcji częściowych oraz resekcji całkowitych tarczycy. Wykazano istotne skrócenie czasu zabiegu jak i zmniejszenie powikłań pooperacyjnych.

Cel Pracy: W niniejszej pracy chcemy pokazać, iż użycie neuromonitoringu podczas operacji tarczycy zmniejsza ryzyko uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego. Wnioski jakie prezentujemy pokazują, że użycie neuromonitoringu wpływa znacząco na szybkość zabiegu operacyjnego, jego powikłania jak i rekonwalescencję pacjenta.

Metodyka: Przeanalizowano istotne dla zabiegu operacyjnego dane z ostatnich 10 lat. Zdecydowano o analizie wieku pacjenta, jego wagi, wzrostu, powodu resekcji tarczycy (wole wieloguzkowe, guz jednego lub obydwu płatów), rodzaju zabiegu (resekcja całkowita, resekcja jednego płata, resekcja jednego płata z cieśnią, resekcja jednego płata z cieśnią oraz częścią przycieśniową drugiego płata), krwawienia śródoperacyjnego, krwawienie pooperacyjnego, długości zabiegu, długości hospitalizacji, poziomu pooperacyjnego wapnia, powikłań pooperacyjnych, jak również analizy wyników histopatologicznych.

Wyniki: W przeanalizowanym materiale stwierdzono istotne różnice między metodami stosowanymi na początku obserwowanego okresu a tymi z roku 2014r. Po zabiegach operacyjnych z zastosowaniem neuromonitoringu nie stwierdzono ani jednego przypadku uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Zaobserwowano jedną reoperację z powodu krwawienia. Stwierdzono 24 przypadki pacjentów z objawami tężyczkowymi. Ważnym punktem jest zaobserwowanie skrócenia czasu zabiegu do śr. 70min z 110min. oraz skrócenie długości hospitalizacji pacjenta o jeden dzień. Większość pacjentów kierowanych do zabiegu resekcji tarczycy była otyła. U mężczyzn częściej stwierdzano nowotwór tarczycy niż u kobiet.

Wnioski : Neuromonitoring zmniejsza ryzyko uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Wykrycie nerwów krtaniowych wstecznych nie wydłuża znacząco czasu zabiegu. Neuromonitoring zwiększa dbałość zabiegu operacyjnego.

ZMIANY POZIOMU WYBRANYCH INKRETYN ORAZ HORMONÓW REGULUJĄCYCH ŁAKNIENIE PO CHIRURGICZNYM LECZENIU OTYŁOŚCI OLBRYZYMIEJ.

P. Major¹, M. Matłok¹, M. Pędziwiatr¹, M. Wierdak¹, M. Natkaniec¹, A. Zub-Pokrowiecka¹, D. Radkowiak¹, A. Zychowicz¹, M. Stanek¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Hormonalna oś jelito-mózg stanowi kluczowy element w regulacji łaknienia i odpowiedzi na leczenie chirurgiczne z powodu otyłości olbrzymiej. W literaturze możemy znaleźć zaczną liczbę prac badających wpływ zabiegów bariatrycznych na zmiany w zakresie osi hormonalnych regulujących łaknienie. Mechanizmy odpowiedzi metabolicznej na leczenie operacyjne z powodu otyłości olbrzymiej nadal nie zostały jednak do końca poznane.

Cel: Celem pracy jest ocena i porównanie wpływu chirurgicznego leczenia otyłości metodą laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka oraz laparoskopowego wyłączenia żołądkowego na wybrane inkretyny oraz hormony regulujące łaknienie.

Metodyka: Do prospektywnego badania z grupy chorych z otyłością olbrzymią włączono 35 osób spełniających kryteria włączenia. Laparoskopową rękawową resekcję żołądka przeprowadzono u 16 (45,8%) chorych, a u pozostałych 19 (54,2%) osób wykonano operację laparoskopowego wyłączenia żołądkowego. W dniu zabiegu operacyjnego, rano, na czczo pobrano i zabezpieczono od chorych surowicę krwi celem oznaczenia poziomu wybranych inkretyn oraz hormonów osi jelitowo-mózgowej: peptyd glukagonopodobny 1 (GLP-1), peptyd YY (PYY), leptyna i grelina.

Wyniki: Na wizytę kontrolną przeprowadzoną 12 miesięcy po zabiegu operacyjnym zgłosiło się 28 chorych, u których ponownie oceniono wybrane parametry. Średnia procentowa utrata masy ciała (%EWL) wyniosła 58,8%. Poziom greliny w całej badanej grupie zmniejszył się z 350.2 pg/ml to 100.34pg/ml ($p=0.003$), a pomiędzy oboma typami zabiegów nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy. Po obu typach zabiegów operacyjnych zaobserwowano również istotny statystycznie spadek leptyny z poziomu 55.7ng/ml do 18.4ng/ml ($p=0,005$). Analizując wyniki dotyczące poziomu peptydu YY zaobserwowano istotny statystycznie wzrost jego wartości w całej badanej grupie z poziomu 116,6pg/ml do 182.9pg/ml ($p=0.001$). Średni poziom GLP-1 po zastosowanym leczeniu operacyjnym wzrósł z 5.6 pmol/l do 6.49 pmol/l ($p=0,46$). Zaobserwowana zmiana nie była jednak istotna statystycznie zarówno w przypadku całej badanej grupy jak i w przypadku poszczególnych typów zabiegów operacyjnych.

Wnioski: Obydwie metody leczenia prowadzą do zmian w zakresie wydzielania wybranych hormonów przewodu pokarmowego. Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka jako zabieg, który prowadzi do odpowiedzi metabolicznej wydaje się równie skuteczną co operacja wyłączenia żołądkowego metodą leczenia otyłości olbrzymiej i chorób towarzyszących.

JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH PO CHIRURGICZNYM LECZENIU Z POWODU OTYŁOŚCI OLBRZYMIĘJ

P. Major¹, M. Matłok¹, M. Pędziwiatr¹, J. Kulawik¹, A. Zub-Pokrowiecka¹, M. Migaczewski¹, M. Winiarski¹, M. Dembiński¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Otyłość olbrzymia wraz z chorobami jej towarzyszącymi negatywnie wpływa na jakość życia. Wraz ze spadkiem masy ciała po zabiegach bariatrycznych dochodzi również do korzystnych zmian metabolicznych, dzięki którym u części chorych obserwuje się zmniejszenie nasilenia lub całkowite cofnięcie się chorób wywołanych otyłością. Redukcja masy ciała wraz z ogólną poprawą zdrowia prowadzą tym samym do wzrostu jakości życia leczonych chorych.

Cel: Celem pracy jest analiza wpływu operacji bariatrycznych na jakości życia z uwzględnieniem rodzaju operacji oraz stopnia redukcji masy ciała.

Metodyka: W okresie od października 2013 roku do stycznia 2015 roku leczono 148 chorych u których z powodu otyłości olbrzymiej zostały wykonane zabiegi bariatryczne laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka lub laparoskopowego wyłączenia żołądkowego. Średnia masa ciała przed zabiegiem operacyjnym wyniosła 146,2 kg, a średni wskaźnik masy ciała BMI wynosił 50,44 kg/m². Przy użyciu kwestionariuszy SF-36 oraz MA QoLQII dokonano oceny jakości życia osób zakwalifikowanych do poszczególnych typów zabiegów bariatrycznych. Po upływie roku od leczenia operacyjnego przeprowadzono planową kontrolę, podczas której dokonano oceny stopnia redukcji masy ciała, wpływu zastosowanego leczenia na choroby związane z otyłością oraz efektów w zakresie zmian jakości życia operowanych chorych.

Wyniki: Procentowa utrata nadmiaru masy ciała (%EWL) wyniosła 58,8%. Wraz ze spadkiem masy ciała podczas kontroli zaobserwowano poprawę w zakresie leczenia chorób związanych z otyłością. Uzyskano istotny wzrost jakości życia zarówno w aspekcie globalnym (85,2 vs. 145,1, p=0,00), jak i w zakresie jakości życia związanej z aspektami fizycznymi (39,3 vs. 54,8, p=0,00) i psychicznymi (42,61 vs. 50,2, p=0,00). Nie odnotowano różnic w zakresie poprawy jakości życia w zależności od poszczególnych typach zabiegów operacyjnych. Nie odnotowano również istotnych różnic podczas analizy wpływu stopnia redukcji masy ciała na zakres poprawy jakości życia.

Wnioski: Chirurgiczne metody leczenia otyłości, zarówno laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka, jak i operacja wyłączenia żołądkowo-jelitowego prowadzą do znamiennej poprawy jakości życia operowanych, przy czym efekt ten nie zależy też ani od rodzaju wykonanego zabiegu operacyjnego ani od stopnia redukcji masy ciała.

OCENA PRZYDATNOŚCI MPV ORAZ WYBRANYCH PARAMETRÓW KRWI DO STRATYFIKACJI RYZYKA OKOŁOOPERACYJNEGO U PACJENTÓW PODDAWANYCH LAPAROSKOPOWYM OPERACJOM BARIATRYCZNYM

P. Major¹, M. Matłok¹, M. Rubinkiewicz¹, M. Pędziwiatr¹, A. Mydlowska¹, M. Stanek¹, M. Pisarska¹, M. Kisielewski¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Liczba pacjentów cierpiących z powodu otyłości olbrzymiej stale rośnie. Leczenie operacyjne jest uznaną i skuteczną metodą zarówno zmniejszenia masy ciała, jak i minimalizacji ryzyka wystąpienia chorób związanych z otyłością. Niemniej jednak ryzyko powikłań okołoperacyjnych wciąż jest wadą tego typu leczenia. Średnia objętość płytki krwi (MPV) bywa używana do oceny ryzyka okołoperacyjnego przed zabiegami kardiochirurgicznymi, jednak użycie tego parametru w innych przypadkach jest wciąż niezbadane.

Cel: Celem pracy było sprawdzenie, czy średnia objętość płytki oraz wartości innych badań laboratoryjnych mogą być przydatne do oceny ryzyka powikłań pooperacyjnych u pacjentów poddawanych laparoskopowym operacjom bariatrycznym.

Metodyka: Do badania włączono chorych operowanych z powodu otyłości olbrzymiej w okresie od grudnia 2010 do grudnia 2014r. Łącznie 284 pacjentów zostało zakwalifikowanych do badania. Wśród operowanych pacjentów 146 miało wykonany zabieg rękawowej resekcji żołądka, natomiast 138 zabieg wyłączenia żołądkowego Roux-en-Y. Średni wiek pacjentów wyniósł 43+-11 lat, natomiast, średnie BMI wyniosło 46,16+-6,1kg/m². Chorzy byli obserwowani pod kątem wystąpienia powikłań. Wśród analizowanych parametrów znalazły się: BMI, wiek, morfologia krwi, panel lipidowy, podstawowy panel metaboliczny oraz poziomy elektrolitów – wszystkie dane były uzyskiwane w dzień przyjęcia do szpitala.

Wyniki: U 31 chorych wystąpiły powikłania pooperacyjne, z czego najczęstszym była rabdomioliza, która pojawiła się u 10 (32,2%) chorych. Średnia objętość płytki krwi (MPV) okazała się nieistotna statystycznie w odniesieniu do powikłań okołoperacyjnych ($p=0,09$). Spośród analizowanych parametrów istotne statystycznie okazały się: poziom potasu ($p=0,01$), MCV ($p=0,01$), MCH ($p=0,01$), PLT ($p=0,00$) oraz poziom ferrytyny ($p=0,00$).

Wnioski: Ryzyko okołoperacyjne przy wykonywaniu laparoskopowych operacji bariatrycznych jest niewielkie. Pomimo roli jaką odgrywa MPV w kardiochirurgii, objętość płytki nie okazała się być przydatna do oceny ryzyka okołoperacyjnego podczas operacji bariatrycznych. Inne parametry krwi, takie jak: MCV, MCH, PLT, poziom potasu i ferrytyny okazały się być lepiej skorelowane z ryzykiem powikłań, dlatego należy rozważyć ich użycie przy ocenie ryzyka okołoperacyjnego.

DIAGNOSTIC FEATURES IN CYSTIC THYROID LESIONS.V. Marina¹, V. Khomjak¹, V. Kolomijcev¹

1 - LNMU by Danylo Halytsky, Lviv

Purpose: to analyze the results of diagnostics and treatment of cystic thyroid nodes.

Material and Methods: We studied 288 long-term outcomes of patients with benign thyroid nodes, who underwent operation at the Lviv Regional Hospital during 2014. Among them were 31 (10.8%) men and 257 (89.2%) women. The average age of patients was 49.4 ± 14.5 years (from 16 to 81 years). According to ultrasonography, we divided all cases into 2 groups. First group consisted of 65 (22.6%) patients with cystic thyroid lesions, and second group included 223 (77.4%) patients with solid thyroid nodes. All patients underwent extrafascial interventions with identification of parathyroid glands and recurrent nerves. For comparison, we chose following parameters: patient's age, sex, type and duration of operations, dominant nodule size, length of hospital stay and preoperative preparation, history of disease, serum TSH level and final histological examination.

Results and discussion: there was no difference in average patient age, length of hospital stay and preoperative preparation, serum TSH level between both groups.

Among all cases of benign thyroid pathology cystic lesions were revealed in 21.4% of women, while men - 32.3%. The average size of the dominant node was greater in the group of cystic lesion – 34.9 ± 14.5 mm, against 28.8 ± 13.6 mm in solid nodes group. Percentage of thyroidectomies was similar in both groups: cystic lesions- 61.5%, solid nodes- 60.1%. The average operation time was the same too. According to the final histological examination, we obtained following results: "colloid goiter" - 228 cases (79.2%), "thyroid adenoma" - 60 (20.8%). Among cystic lesions, percentage of "thyroid adenoma" was lower 16.9%, than among solid nodes – 22%.

Average history of cystic goiter was 144 weeks against solid - 200 weeks. Difference may be explained by bigger average size cystic nodes on admission. The higher rate of cystic lesions among colloidal goiter may explain difference in histological findings.

Conclusions: cystic thyroid lesions does not influence on type and duration of operation. There were no significant differences in patient age, sex TSH level between both groups. The difference in history of disease and histological findings reflects differences in the origin of both forms.

PRZYDATNOŚĆ GASTROSKOPII W STANDARDOWYM ALGORYTMIE BADAŃ PRZYGOTOWUJĄCYCH CHORYCH DO ZABIEGÓW BARIATRYCZNYCH

M. Matłok¹, P. Major¹, M. Pędziwiatr¹, S. Jabłoński¹, S. Pasek¹, P. Małczak¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Wraz ze wzrostem liczby osób otyłych stale rośnie liczba wykonywanych zabiegów bariatrycznych. Powszechnie panuje pogląd, że u chorych zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego z powodu otyłości olbrzymiej powinno przeprowadzić się diagnostykę endoskopową górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Cel: Celem pracy jest określenie przydatności rutynowo wykonywanej w okresie przedoperacyjnym gastrokopii u chorych kwalifikowanych do zabiegów bariatrycznych pod kątem oceny częstości występowania zmian patologicznych.

Metodyka: Badaniem objęto grupę 274 chorych (169 kobiet, 105 mężczyzn), o wieku od 18 do 66 lat (średnia wieku 42,8 lat) i wskaźnikiem masy ciała (BMI) od 37 do 71, średnio 46,9 u których w okresie od kwietnia 2009 do października 2014 r. wykonano diagnostykę endoskopoą górnego odcinka przewodu pokarmowego poprzedzającą zabieg bariatryczny. W zależności od wyniku badania endoskopowego chorych kwalifikowano do jednej z trzech grup: Grupa 0 - brak zmian patologicznych, normalny obraz przełyku, żołądka i dwunastnicy, Grupa I - obecność zmian patologicznych w przełyku, żołądka lub dwunastnicy, które nie wpływają na zmianę typu zabiegu lub nie zmieniają jego terminu, Grupa II - obecność zmian patologicznych w przełyku, żołądka lub dwunastnicy, które wpływają na zmianę typu zabiegu lub zmieniają jego termin.

Wyniki: W grupie 0 znalazło się 106 (38,68%) chorych, u których nie wykryto żadnych zmian. W grupie I znalazły się 34 (12,4%) osoby u których w trakcie badania endoskopowego wykryto obecność zmian patologicznych ale z uwagi na ich charakter znaleziska te nie miały wpływu na zmianę kwalifikacji lub zmianę terminu zabiegu. W grupie II znalazło się 134 osób (48,9%), u których wykryte w trakcie badania endoskopowego zmiany rzutowały na zmianę rodzaju wykonanej operacji – 12 osób (4,37%) albo na odroczenie terminu jego wykonania – 122 (44,52%).

Wnioski: Wykonywanie zatem rutynowo gastrokopii przed zabiegiem bariatrycznym jest zasadne, a wręcz konieczne, a sugerowanym terminem wykonania badania jest okres 6 tygodni przed operacją.

LAPAROSKOPOWA ADRENALEKTOMIA Z POWODU GUZA CHROMOCHŁONNEGO JEST TRUDNIEJSZA NIŻ Z INNYCH WSKAZAŃ

M. Natkaniec¹, M. Pędziwiatr¹, M. Wierdak¹, P. Major¹, M. Matłok¹, P. Budzyński¹, J. Dworak¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Laparoskopowa adrenalectomia jest złotym standardem leczenia łagodnych guzów nadnerczy. Jednak niektórzy autorzy podnoszą problem różnic w chirurgicznym leczeniu guza chromochłonnego w porównaniu do adrenalectomii wykonywanej z powodu innych zmian.

Cel: Celem badania jest porównanie laparoskopowej adrenalectomii wykonywanej z powodu guza chromochłonnego z adrenalectomią wykonywaną z powodu innych wskazań.

Metodyka: Obserwacją objęto 437 pacjentów z guzem nadnerczy. Chorych podzielono na dwie grupy: 1 (124 pacjentów leczonych z powodu pheochromocytoma) i 2 (313 pacjentów leczonych z powodu innego guza nadnercza). Obie grupy porównano pod względem: czasu zabiegu, śródoperacyjnej utraty krwi, odsetka konwersji, odsetka powikłań oraz związku rozmiaru guza z czasem zabiegu. W analizie statystycznej posłużono się testem chi-kwadrat, testem korelacji Pearsona oraz testem U Manna-Withneya. Wyniki przyjęto za statystycznie istotne gdy $p < 0,05$.

Wyniki: Średni czas zabiegu w grupie 1 wyniósł 91 minut, natomiast w grupie 2 - 82 minuty ($p = 0,016$). Zarówno w grupach 1 i 2, rozmiar guza korelował z czasem zabiegu (odpowiednio $p < 0,0001$ i $p = 0,0003$). Średnia utrata krwi w grupie 1 i 2 wynosiła odpowiednio 117 ml i 54 ml ($p = 0,0011$). Odsetek powikłań w grupie 1 wyniósł 4%, a w grupie 2 - 4,2% ($p = 0,9542$). W grupie 1 konwersja była konieczna w 2 (1,6%), a w grupie drugiej w 5 (1,6%) przypadkach ($p = 0,9925$).

Wnioski: Dłuższy czas zabiegu i większa utrata krwi w trakcie zabiegu z powodu guza chromochłonnego przemawia za większą jego trudnością. Jednak pomimo tych parametrów minimalnie inwazyjna chirurgia wciąż wydaje się być skuteczną i bezpieczną metodą.

WYNIKI LAPAROSKOPOWYCH ADRENALEKTOMII Z DOSTĘPU PRZEZOTRZEWNOWEGO BOCZNEGO – CZEGO NAUCZYLIŚMY SIĘ NA PODSTAWIE 500 KOLEJNYCH CHORYCH: RETROSPEKTYWNE JEDNOOŚRODKOWE BADANIE KOHORTOWE.

M. Pędziwiatr¹, M. Wierdak¹, M. Ostachowski², M. Natkaniec¹, M. Matłok¹, P. Major¹, P. Budzyński¹, M. Migaczewski¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

2 - Klinika Urologii, Szpital Uniwersytecki, Kraków

Chociaż adrenalectomia laparoskopowa uznawana jest za zabieg stosunkowo bezpieczny wyniki leczenia różnią się w zależności od ośrodka. Wykazano, że wpływ na nie ma nie tylko doświadczenie operatora, ale całego zespołu oraz liczba wykonywanych operacji w ciągu roku. Nadal pewne kontrowersje budzi zastosowanie laparoskopii w przypadku zmian podejrzanych o złośliwość.

Cel: Celem pracy było przedstawienie wyników leczenia chorych z guzami nadnercza poddawanych adrenalectomii laparoskopowej z dostępu przezotrzewnowego boczne.

Metodyka: Retrospektywnym jednoośrodkowym badaniem kohortowym objęto kolejnych 500 chorych operowanych w latach 2003-2014. W grupie znalazło się 175 (35%) mężczyzn i 325 (65%) kobiet. Wskazaniem do zabiegu był hormonalnie czynny guz nadnercza, rozmiar przypadkowiaka powyżej 40 mm, a w przypadku mniejszych zmian ich nagły wzrost w badaniach kontrolnych. Na potrzeby dalszej analizy chorych podzielono na 4 grupy po 125 kolejno operowanych chorych. Punktami końcowymi były: wyniki operacyjne (czas zabiegu, jego korelacja z wielkością guza, śródoperacyjna utrata krwi, odsetek konwersji, konieczność stosowania drenażu). Ponadto analizowano częstość i charakter powikłań śród- i pooperacyjnych (przy użyciu Clavien-Dindo), typ histologiczny usuniętych zmian i czas pobytu w szpitalu.

Wyniki: Nie stwierdzono różnic pomiędzy grupami w średniej wielkości i lokalizacji usuwanych guzów. Średni czas zabiegu w kolejnych podgrupach wynosił 85,7; 83,7; 89,6; 104,6 min. ($p < 0.001$) i korelował z wielkością guza. Odsetek konwersji i średnia śródoperacyjna utrata krwi były podobne w analizowanych okresach czasu. Zaobserwowano natomiast spadek częstości powikłań w kolejnych okresach czasu (odpowiednio 14,4%, 11,2%, 8,0% i 5,6%, $p < 0,01$). Czas pobytu wynosił 4,9 dnia, 3,9 dnia, 2,9 dnia oraz 2,4 dnia ($p < 0.001$). Najczęstszym typem usuniętych zmian był gruczolak i rozrost guzkowy (ponad 50% zmian). U 23 chorych (4,6%) usunięto przerzuty, a u 13 (2,6%) pierwotny złośliwy nowotwór nadnercza.

Wnioski: Wyniki laparoskopowej adrenalectomii zależą nie tylko od doświadczenia operatora ale od całego zespołu zaangażowanego w leczenie. W ośrodkach wykonujących większą ilość adrenalectomii z wykorzystaniem technik minimalnie inwazyjnych w ciągu roku, metoda ta może stanowić alternatywę dla chirurgii klasycznej również w przypadku zmian podejrzanych o złośliwość.

PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z OPERACJI FAST TRACK I STOSOWANIA PROTOKOŁU ERAS W CHIRURGII BARIATRYCZNEJ.

M. Proczko¹, Ł. Kaska¹, P. Twardowski², P. Wiśniewski¹, P. Stepaniak³, Z. Śledziński¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

2 - Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

3 - Catharina Hospital, P.O. Box 1350, 5602 ZA Eindhoven, Eindhoven

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) – protokół kompleksowej opieki okołoperacyjnej - początkowo został stworzony dla chirurgii kolorektalnej, zasady te stają się jednak coraz bardziej popularne w innych dziedzinach chirurgii, w tym w chirurgii bariatrycznej. Zastosowanie reguł ERABS (Enhanced Recovery After Bariatric Surgery) pozwala zwiększyć efektywność i bezpieczeństwo zabiegów bariatrycznych.

Cel pracy: W pracy poddano analizie wstępne wyniki wprowadzenia ścieżki fast-track w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej GUMed, oceniono efektywność i bezpieczeństwo stosowania nowego protokołu .

Metody: Protokół ERABS został wprowadzony w naszym ośrodku w 2015r, do zabiegów kwalifikowano chorych po odpowiednim przygotowaniu przez wielodyscyplinarny zespół, oparty przede wszystkim o konsultacje psychologa, dietetyka i chirurgów prowadzących leczenie bariatryczne. Chorzy poddawani byli operacjom rękawowej resekcji żołądka lub operacjom restrykcyjno-wyłączeniowym typu gastric bypass. Operowano jeden dzień w tygodniu – kolejno 5-6 zabiegów operacyjnych wykonywanych od początku do końca przez dedykowany zespół lekarzy chirurgów i anestezjologa oraz pielęgniarek operacyjnych. Grupę chorych operowanych według nowego protokołu porównano z grupą chorych operowaną przy zastosowaniu konwencjonalnego systemu. Analizowano czas operacji, czas wykorzystania bloku operacyjnego, konieczność rehospitalizacji, wystąpienie powikłań okołoperacyjnych oraz czas hospitalizacji.

Wyniki: Po zastosowaniu fast-track skróceniu uległ okres hospitalizacji średnio z 4 dób do 2-3, podobnie jak i czas procedury chirurgicznej o średnio 10-15 min niezależnie od typu wykonywanego zabiegu. Znamienneму skróceniu uległy przerwy między zabiegami ze średnio 30-40 min do 10-15 min., co wiązało się z efektywniejszym wykorzystaniem bloku operacyjnego. Wprowadzenie protokołu ERABS nie miało wpływu na zwiększenie ilości powikłań pooperacyjnych ani rehospitalizacji.

Wniosek: Wprowadzenie zasad ERABS pozwoliło na szybszą rekonwalescencję chorego, skrócenie czasu hospitalizacji bez negatywnego wpływu na bezpieczeństwo prowadzonego leczenia.

OPERACJE KOREKCYJNE POWŁOK BRZUSZNYCH PO OPERACJACH BARIATRYCZNYCH W MATERIALE WŁASNYM - PLAKAT

H. Razak Hady¹, M. Łuba¹, P. Myśliwiec¹, M. Olszewska¹, J. Dadan¹

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

U otyłych chorych chirurgia bariatryczna jest obecnie jedyną skuteczną metodą trwale redukującą masę ciała. W pierwszych 2 latach po zabiegu szybka i znaczna utrata tkanki tłuszczowej współistnieje z jednoczesnym brakiem odpowiednich właściwości adaptacyjnych skóry skutkując powstawaniem dużych fartuchów skórnych w obrębie powłok brzusznych, ud, pośladków i ramion. Nie jest to jedynie problem estetyki bowiem bezpośredni kontakt powierzchni skórnych sprzyja powstawaniu odparzeń, ubytków naskórka czy przewlekłego stanu zapalnego skóry bardzo często zmuszając chorych do długotrwałego specjalistycznego leczenia chirurgicznego.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w operacjach korekcyjnych powłok brzucha po zabiegach bariatrycznych.

Metodyka: Warunkiem koniecznym do kwalifikacji chorego do zabiegu korekcyjnego powłok brzusznych była ustabilizowana od 6-12 miesięcy masa ciała. Zabiegi wykonano min. 24 miesiące po pierwotnej operacji bariatrycznej: mankietowej resekcji żołądka lub ominięciu żołądkowo-jelitowym. Korekcję powłok wykonywano z cięcia w podbrzuszu lub w kształcie odwróconej litery T. Stosowano drenaż metodą Redona (2-3) przez 3-10 dni.

Wyniki: W latach 2010-2014 u 38 chorych po zabiegach bariatrycznych wykonano zabiegi korekcyjne powłok brzusznych. % EWL u pacjentów po operacji bariatrycznej w momencie kwalifikacji do zabiegu plastyki brzucha wyniósł średnio 65%. W całej grupie badanej u jednej pacjentki wystąpiło utrudnione gojenie się rany pooperacyjnej. U wszystkich pacjentów ostateczny efekt kosmetyczny był bardzo dobry.

Wnioski: Trwała utrata masy ciała jako oczekiwany skutek operacji bariatrycznych może przyczyniać się również powstania problemów związanych z nadmiernymi fałdami skórno -tłuszczowymi przede wszystkim w okolicy powłok brzusznych. Zabiegi korekcyjne powłok brzucha pozwalają znacznie poprawić jakość życia pacjentów po zabiegach bariatrycznych.

MANKIETOWA RESEKCJA ŻOŁĄDKA W LECZENIU OTYŁOŚCI OLBRZYMIEJ, CUKRZYCY TYPU 2, ZESPOŁU METABOLICZNEGO ORAZ CHOROÓB WSPÓŁISTNIEJĄCYCH

H. Razak Hady¹, M. Łuba¹, M. Olszewska¹, M. Czerniawski¹, J. Dadan¹

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

Otyłość, cukrzyca typu 2 oraz zespół metaboliczny stanowią obecnie na całym świecie bardzo istotny problem medyczny, społeczny i ekonomiczny. Mankietowa resekcja żołądka jako jedna z nowoczesnych metod chirurgii metabolicznej prowadzi do uzyskania trwałego i efektywnego ubytku masy ciała oraz poprawy bądź wyleczenia chorób towarzyszących otyłości.

Cel: Celem pracy była ocena wpływu mankietowej resekcji żołądka w leczeniu otyłości olbrzymiej, cukrzycy typu 2, zespołu metabolicznego i chorób współistniejących w 2-letnim okresie obserwacji.

Metodyka: Materiał kliniczny stanowiło 278 chorych poddanych w latach 2007-2012 mankietowej resekcji żołądka sposobem laparoskopowym, w tym 98 (35,25%) pacjentów z cukrzycą typu 2. Średnie BMI w grupie kobiet wyniosło 53,1 + 7,2 kg/m², a w grupie mężczyzn 55,08 + 8,2 kg/m². Analizie poddano wartości BMI, %EWL, %EBL oraz parametry zespołu metabolicznego jak również stężenia insuliny, glukozy, hemoglobiny glikowanej, cholesterolu całkowitego oraz jego frakcji, trójglicerydów oraz HOMA-IR.

Wyniki: W trakcie dwuletniego follow-up uzyskaliśmy istotny statystycznie spadek BMI, zwiększenie %EBL, %EWL oraz obniżenie stężeń insuliny, glukozy, hemoglobiny glikowanej i wyraźną poprawę gospodarki lipidowej. Całkowite ustąpienie cukrzycy typu 2 obserwowano u 64% pacjentów po 24 miesiącach od zabiegu.

Wnioski: Mankietowa resekcja żołądka jest skuteczną metodą prowadzącą do istotnej i trwałej utraty masy ciała. U większości pacjentów dochodzi do całkowitego lub częściowego wyleczenia cukrzycy typu 2 oraz do poprawy parametrów zespołu metabolicznego. Operacja korzystnie wpływa na gospodarkę lipidową i prowadzi do wyleczenia bądź złagodzenia objawów chorób towarzyszących otyłości.

CZYM MOŻE OKAZAĆ SIĘ DUŻY GUZ NADNERCZA? ANALIZA 139 KOLEJNYCH CHORYCH ZE ZMIANAMI NIE MNIEJSZYMI NIŻ 5 CM.

R. Samsel¹, L. Papierska², A. Kasperlik-Załuska², K. Roszkowska-Purska³, A. Cichocki¹

1 - Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

2 - Klinika Endokrynologii CMKP, Warszawa

3 - Zakład Histopatologii Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

Coraz większa liczba wykonywanych z różnych wskazań badań obrazowych, skutkuje wykrywaniem coraz większej liczby zmian guzowatych w nadnerczach. Większość tych zmian to bezobjawowe gruczolaki ale wraz ze wzrostem wielkości zmiany rośnie ryzyko rozpoznania raka nadnercza.

Cel pracy: Analiza dużych – nie mniejszych niż 50mm w badaniu histopatologicznym – guzów nadnerczy w materiale własnym.

Metodyka: W latach 2004-2014 wykonano adrenalektomię, usuwając guzy nadnercza i pola nadnerczowego, nie mniejsze niż 50mm, u 139 pacjentów. Zoperowano 85 kobiet i 54 mężczyzn w wieku od 23 do 85lat (śr 54,91).

Wyniki: Wielkość usuniętych guzów wynosiła od 50 do 250mm mierzonych w badaniu patomorfologicznym, średnio 87mm (+/-36,6). Postawiono 19 różnych rozpoznań patomorfologicznych. Pośród nich najczęstszymi były: rak -35(25,2%), gruczolak 34 (24,5%), pheochromocytoma 18 (12,9%) , przerzuty do nadnerczy 14 (10,1%), myelolipoma 8 (5,75%). Pięć najczęściej rozpoznawanych zmian stanowiło 78,4%. Pośród guzów bardzo dużych – powyżej 10cm (38) najczęstszymi rozpoznaniem były rak nadnercza – 24 (63,15%) oraz przerzuty – 5 (13,15%)

Wnioski: Pole nadnerczowe i nadnercza mogą być miejscem bardzo różnych patologii. Wraz ze wzrostem wielkości guza, rośnie ryzyko złośliwego charakteru zmiany.

RAK BRODAWKOWATY GRUCZOŁU TARCZOWEGO, A CHOROBY Z AUTOIMMUNOAGRESJI

J. Snarska¹, A. Zalewski², K. Jacyna³, I. Zdrojewska-suszkiewicz⁴, M. Michalak⁵, Z. Koziolec⁶

1 - Katedra Chirurgii WNM UWM, Olsztyn

2 - Klinika chirurgii Ogólnej SP ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

3 - Klinika Chirurgii Ogólnej SP ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

4 - Klinika Chirurgii SP ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

5 - Zakład Radiologii WNM UWM SP ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

6 - Zakład Histopatologii SP ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

Rak brodawkowy gruczołu tarczowego to aktualnie najczęściej spotykany nowotwór złośliwy, ale przy całkowitym wycięciu tego gruczołu efekty leczenia są oceniane jako bardzo dobre. Natomiast choroby tarczycy z autoimmunoagresji nadal są problemem nie tylko w chirurgii tego gruczołu, ale również i w endokrynologii. Jest szereg publikacji nawzajem wykluczających się dotyczących koincydencji raka brodawkowego i chorób z autoimmunoagresji szczególnie wola Hashimoto.

Materiał i metody: Przeprowadzono analizę retrospektywną 73 chorych leczonych operacyjnie w przeciągu ostatnich 7 lat (69 kobiet i 4 mężczyzn) w wieku 36 do 75 lat. Chorzy ci byli skierowani z wynikiem BAC wskazującym na wole Hashimoto lub inny stan zapalny z trudnym do interpretacji obrazem mikroskopowym. W obrazie usg stwierdzony był guzek lub guzki , a pozostały miąższ gruczołu niejednorodny. Z badania klinicznego wynikało, że chorzy Ci byli leczeni przez endokrynologów, około 1/3 była nieregularnie leczona lub zaniechała leczenia. W 3 przypadkach gruczoł tarczowy był znacznie powiększony, a u pozostałych usg i śródoperacyjnie stwierdzano tylko nieznaczne jego powiększenie. Badania poziomów hormonów TSH, fT4 i fT3 były w granicach normy. W większości badanych chorych w badaniu podmiotowym zgłaszali oni inne nie do końca zdiagnozowane schorzenia lub objawy sugerujące współistnienie chorób z autoimmunoagresji.

Wyniki: Wykonano we wszystkich przypadkach całkowite wycięcie gruczołu tarczowego. W przebiegu pooperacyjnym u 4 chorych wystąpiło jednostronne porażenie struny głosowej, w 14 przejściowa hypokalcemia, w 2 nadal utrzymująca się hypokalcemia wymagająca stałej suplementacji. W badaniu hist-pat. preparatów pooperacyjnych gruczołu tarczowego w 5 przypadkach stwierdzono microraka brodawkowego do 5 mm (6,8%), w 2 raka pęcherzykowego(2,7%), w 1 chłoniaka.

Wniosek: Prezentowane wyniki badań pooperacyjnych gruczołu tarczowego wskazują raczej na konieczność leczenia operacyjnego gruczołu tarczowego w przypadku niejasnego, powtórzonego badania BAC i usg.

PRZYDATNOŚĆ ELASTOGRAFII W KWALIFIKACJI CHORYCH Z GUZKAMI TARCZYCY DO LECZENIA OPERACYJNEGO.

J. Sopiński¹, M. Kusiński¹, K. Kuzdak¹

1 - Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Naczyniowej UM w Łodzi, Łódź

Wole guzkowe jest najczęstszą patologią tarczycy będącą wskazaniem do operacji. Częstość wykrywania guzków tarczycy stale wzrasta w związku z coraz większą dostępnością badania ultrasonograficznego (USG). Większość guzków to zmiany łagodne. Natomiast rak tarczycy wykrywany jest w 5-15 % przypadków. Obecnie złotym standardem w wykrywaniu zmian złośliwych tarczycy jest biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) podejrzanych w badaniu USG guzków. BAC jest badaniem inwazyjnym, obciążonym pewnym ryzykiem powikłań. Poza tym w wielu przypadkach jest badaniem o ograniczonej skuteczności.

Techniką istotnie podnoszącą czułość badania ultrasonograficznego w ocenie zmiany guzkowej jest elastografia. Opiera się na ocenie twardości (sztywności) guza. Guzy „twarde” w badaniu elastograficznym, to zmiany podejrzane wymagające pilnej weryfikacji w biopsji.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena skuteczności elastografii w wykrywaniu zmian złośliwych gruczołu tarczowego, a także ocena zastosowania elastografii jako metody uzupełniającej dla BAC.

Materiał i metody: Badaniu zostali poddani pacjenci operowani w Klinice Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Naczyniowej UM w Łodzi. 60 pacjentów operowanych z powodu wola guzkowego obojętnego, 30 pacjentów operowanych z powodu raka brodawkowatego tarczycy i 30 pacjentów operowanych z powodu nowotworu pęcherzykowego bliżej nieokreślonego. U wszystkich pacjentów przed zabiegiem wykonano badanie elastograficzne guzków tarczycy poddanych BAC. Na podstawie wyników badania histopatologicznego preparatu pooperacyjnego oceniono skuteczność elastografii w wykrywaniu zmian złośliwych gruczołu tarczowego w porównaniu z BAC. Badanie elastograficzne przeprowadzono techniką kompresyjną kodowaną kolorem na aparacie Toshiba Xario 100, przy użyciu głowicy liniowej o częstotliwości 3,5-14 MHz.

OCENA SWOISTOŚCI POTENCJALNYCH GENÓW MARKEROWYCH FN1, KRT19, DPP4, MET, CDH3 W RAKU BRODAWKOWATYM TARCZYCY

W. Truchanowski¹, M. Kowal², J. Krajewska², G. Buła¹, T. Tyszkiewicz², Z. Niedzielski¹, H. Koziółek¹, J. Gawrychowski¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej SUM w Katowicach, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, Bytom

2 - Zakład Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie Oddział w Gliwicach., Gliwice

Rak tarczycy stanowi blisko 1,5% wszystkich nowotworów złośliwych pojawiających się u ludzi. Badania obrazowe są niewystarczające, dopiero histopatolog oceniający materiał biopsyjny ostatecznie rozpoznaje dane schorzenie, choć według ekspertów wyniki tych badań mogą się różnić. Wciąż nie w pełni skuteczna wczesna diagnostyka raka brodawkowatego tarczycy przekłada się na ograniczenie, względnie rozszerzenie zabiegu operacyjnego np. o limfadenektomię szyjną.

Cel pracy: Celem powyżej pracy jest ocena swoistości zmian ekspresji genów takich jak Fibronektyna 1 (FN1), Cytokeratyna 19 (KRT19), MET, Dipeptydylopeptydaza IV (DPP4) i Kadheryna 3 (CDH3) mogących być potencjalnymi markerami w rozpoznawaniu raka brodawkowatego tarczycy.

Materiał i metodyka: Materiał stanowiło 80 wycinków tarczycy z rozpoznaniem zmiany łagodnej - wola koloidowego oraz 40 wycinków z rozpoznaniem raka brodawkowatego tarczycy. Badania molekularne wykonano w oparciu o metodę QPCR.

Wyniki: Wszystkie badane geny wykazały wzrost ekspresji w tkankach z rozpoznaniem rakiem brodawkowatym względem tkanek z wolem koloidowym. Największą różnicę ekspresji, medianę 75,34 razy większą wykazano dla genu Fibronektyny (FN1), następnie Dipeptydylopeptydazy IV (DPP4) 42,50x większą, Kadheryny 3 (CDH3) 15,83x większą, MET 9,42 i Keratyny (KRT19) 8,46 razy większą.

Wnioski: 1. W raku brodawkowatym tarczycy ekspresja genów FN1, KRT19, DPP4, MET i CDH3 wykazuje znamienne wzrost w porównaniu do ekspresji obecnej w wolu koloidowym, a najsilniejszą nadekspresję w raku brodawkowatym wykazują geny FN1 i DPP4. 2. Ocena ekspresji genów KRT19, MET i CDH3, a zwłaszcza FN1 i DPP4 może być swoistym i czułym testem we wczesnej diagnostyce raka brodawkowatego tarczycy.

OCENA WYBRANYCH CZYNNIKÓW ANGIOGENEZY W SUROWICY KRWI U CHORYCH Z OTYŁOŚCIĄ OLBRZYMIĄ

M. Wiewióra¹, J. Piecuch², A. Mertas³, M. Glúck¹, W. Żurawiński¹, W. Król³, K. Sosada¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej, Wydział Lekarski z Oddziałów Lekarsko - Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

2 - Wydział Lekarski z Oddziałów Lekarsko - Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

3 - Katedra i Zakład Mikrobiologii i Immunologii, Wydział Lekarski z Oddziałów Lekarsko - Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

Rozwój otyłości jest związany ze zmianami struktury tkanki tłuszczowej, co dotyczy zarówno adipogeny, angiogeny jak i remodelingu macierzy międzykomórkowej. Wyniki badań wskazują, że tkanka tłuszczowa może stymulować angiogenezę. W zwierzęcych modelach otyłości rozwój tkanki tłuszczowej jest związany z nasileniem angiogeny, podczas gdy inhibitory angiogeny wywołują efekt hamowania.

Cel pracy: ocena stężeń naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu (Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF), angiopoetyny 2 i folistatyny u chorych z otyłością olbrzymią zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego.

Metodyka: Do badania włączono 40 chorych. Średni wiek pacjentów wynosił 37.2 ± 8.56 lat. Średnia wartość wskaźnika masy ciała (BMI) wynosiła 51.7 ± 15.27 . Z badania wyłączono chorych z cukrzycą, chorobą tętnic obwodowych, przewlekłą niewydolnością żylną w stopniu wyższy niż C1 według klasyfikacji CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology classification), chorobami tarczycy, nerek, obturacyjnym bezdechem nocnym oraz palących papierosy. Grupę kontrolną stanowiło 15 osób. Średni wiek w grupie kontrolnej wynosił 33.6 ± 9.3 lat. Średnia wartość BMI wynosiła 23.4 ± 1.43 . Grupę kontrolną utworzono uwzględniając kryteria wykluczenia identyczne jak w grupie chorych otyłych. Oznaczenia VEGF, angiopoetyny 2 i folistatyny wykonano za pomocą aparatu Bio-Plex Multiplex System firmy Bio-Rad.

Wyniki: Nie stwierdzono różnic w rozkładzie płci i wieku pomiędzy grupami. BMI ($P < 0.00001$) i współczynnik WHR ($P < 0.00001$) były istotnie wyższe w grupie otyłych. Średnie stężenie angiopoetyny-2 było istotnie wyższe u otyłych w porównaniu do grupy kontrolnej ($0,969$ vs $0,446$; $P < 0.05$). Podobny wynik uzyskano dla folistatyny (0.314 vs 0.16 ; $P < 0.005$). Natomiast stężenie VEGF (0.12 vs 0.088 ; $P < 0.2$) nie różniło się istotnie pomiędzy grupami.

Wnioski: Otyłości olbrzymiej towarzyszy wzrost niektórych czynników angiogeny w surowicy krwi.

OCENA WYNIKÓW LECZENIA OTYŁOŚCI OLBRZYMIĘJ METODĄ ENDOSKOPOWEJ IMPLANTACJI BALONU DOŻOŁĄDKOWEGO

W. Żurawiński¹, A. Kozłowski¹, M. Gluck¹, M. Wiewióra¹, K. Krupa-Kotara², K. Sosada¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

2 - Zakład Profilaktyki Chorób Nowotworowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom

Otyłość olbrzymia i związana z nią wielochorobowość jest jednym z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego współczesnego świata. Jedną z metod zabiegowego leczenia otyłości jest metoda endoskopowego wprowadzenia do żołądka balonu wypełnionego płynem bądź powietrzem. Podstawową zaletą zabiegu jest jego odwracalność i małoinwazyjny charakter w porównaniu do operacji bariatrycznych. Wadą metody jest najczęściej nietrwała redukcja nadmiaru masy ciała. Celem pracy jest ocena wyników leczenia chorych z otyłością olbrzymią metodą endoskopowej implantacji balonu dożołądkowego.

Materiał i metoda: W okresie od 12 grudnia 2007 do 16 maja 2013 roku w Klinice leczono 63 chorych z otyłością olbrzymią metodą endoskopowej implantacji balonu dożołądkowego, w tym 36 mężczyzn i 27 kobiet w wieku od 18 do 69 lat. Implantacja balonu dożołądkowego była pierwszym etapem zachowawczego leczenia otyłości przed planowaną w przyszłości operacją bariatryczną. Celem implantacji balonu dożołądkowego była przedoperacyjna redukcja nadmiaru masy ciała chorych dla poprawy wydolności krążeniowo-oddechowej i ograniczenia ryzyka okołoperacyjnego. Do implantacji balonu kwalifikowani byli chorzy z wartością współczynnika BMI powyżej 40 lub BMI 35-40 z zespołem metabolicznym. Balon dożołądkowy implantowano za pomocą wideogastroskopu OLIMPUS GIF Q165. Po wprowadzeniu balonu do żołądka wypełniono go 0,9% roztworem NaCl z dodatkiem błękitu metyloвого do maksymalnej całkowitej objętości 700 ml. Balon usuwano chorym przed upływem 6 miesięcy od chwili założenia. Analizowano redukcję masy ciała oraz dolegliwości i powikłania po założeniu balonu dożołądkowego.

Wyniki badań: Średnie BMI przed leczeniem balonem dożołądkowym wynosiło 57,65, natomiast po leczeniu - 49,37. Średni spadek BMI po 6 miesiącach leczenia balonem dożołądkowym to 8,28, odpowiednio $8,05 \pm 5,16$ u mężczyzn i $8,52 \pm 4,76$ u kobiet. Redukcja masy ciała oraz odsetkowy ubytek nadmiaru masy ciała nie korelują statystycznie istotnie z wiekiem i płcią chorych. Nie stwierdzono również korelacji statystycznie istotnej między wiekiem i płcią chorych, wyjściową wartością BMI oraz nadmiarem masy ciała a częstością występowania powikłań.

Wnioski: Założenie balonu dożołądkowego metodą endoskopową jest bezpieczną, dobrze tolerowaną i skuteczną metodą redukcji nadmiaru masy ciała u chorych z otyłością olbrzymią przed planowaną operacją bariatryczną.

TWORZENIE MAP ZAGROŻEŃ W UKŁADZIE MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYM DLA CHIRURGÓW WYKONUJĄCYCH ZABIEGI LAPAROSKOPOWE

J. Bartnicka¹, G. Kowalski², A. Ziętkiewicz¹

1 - Politechnika Śląska, Gliwice

2 - Szpital Chirurgii Małoinwazyjnej i Rekonstrukcyjnej, Bielsko - Biała

Jedną z dziedzin działalności człowieka, która niesie ze sobą wiele zagrożeń dla pracownika wynikających z niestosowania zasad ergonomii jest dziedzina ochrony zdrowia, a w ramach niej obszar chirurgii laparoskopowej. Zabiegi chirurgiczne wykonywane są w szczególnych warunkach środowiska pracy. Z jednej strony muszą one zapewnić bezpieczeństwo pacjenta zachowując poprawność realizowania procedur medycznych i określony reżim sanitarny, a z drugiej strony warunki pracy powinny zagwarantować chirurgom efektywne wykonywanie zabiegów operacyjnych.

Cel pracy: Artykuł prezentuje wyniki badań, których celem było opracowanie założeń do tworzenia map zagrożeń zdrowotnych w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego u chirurgów wykonujących zabiegi laparoskopowe. Zakres badań obejmował wybrane procedury laparoskopowe, w tym usunięcie pęcherzyka żółciowego, rękawowa resekcja żołądka, gastric bypass, lewostronna hemicolectomia.

Metodyka: Zastosowanymi metodami badawczymi były obserwacja bezpośrednia, rejestracja wideo zabiegów laparoskopowych w warunkach rzeczywistych, a także pomiar pozycji ciała operatora za pomocą bezprzewodowych czujników ruchu. Na podstawie zgromadzonych danych dokonano oceny obciążenia statycznego poszczególnych segmentów ciała, będącą podstawą do tworzenia map zagrożeń zdrowotnych.

Wyniki: W pracy wykazano, że istnieje możliwość identyfikacji powtarzalnych czynników determinujących występowanie obciążeń posturalnych dla danego rodzaju procedury laparoskopowej. W szczególności stwierdzono zależności między stosowanymi narzędziami chirurgicznymi i wyszczególnionymi etapami zabiegu a występowaniem sklasyfikowanych stanów krytycznych w układzie mięśniowo-szkieletowym operatora.

Wnioski: Mapy zagrożeń stanowią graficzną reprezentację wieloczynnikowej oceny ergonomicznej i stanowią punkt wyjścia do poszukiwania rozwiązań doskonalących warunki pracy chirurgów laparoskopowych.

ZASTOSOWANIE OPERACJI HYBRYDOWEJ U PACJENTA Z OSTRYM ZAPALENIEM PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO ZE WSPÓLISTNIEJĄCĄ KAMICĄ PRZEWODOWĄ, PO ZABIEGU BARIATRYCZNYM W PRZESZŁOŚCI – OPIS PRZYPADKU.

Ł. Dobosz¹, S. Hać¹, P. Wiśniewski¹, M. Proczko¹, Ł. Kaska¹, M. Dubowik², K. Ratnicki-Skłucki², Z. Śledziński¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

2 - Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wyłączenie żołądkowe z zespoleniem na pętli Roux-en-Y (RYGB) jest obecnie jedną z najczęściej stosowanych operacji bariatrycznych na świecie. U pacjentów po tych zabiegach możemy zaobserwować jednak większą częstość występowania kamicy żółciowej, natomiast wyłączenie żołądka i dwunastnicy i zmiana warunków anatomicznych powoduje utrudnione endoskopowe dojście do dróg żółciowych. Autorzy prezentują przypadek wykorzystania śródoperacyjnej endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW) u pacjenta z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego ze współistniejącą kamicą przewodową, po zabiegu RYGB w przeszłości.

Opis przypadku: Chory, lat 31 zgłosił się do Klinicznego Oddziału Ratunkowego z powodu żółtaczki i dolegliwości bólowych brzucha z obecnymi nudnościami i wymiotami. W wywiadzie stan po RYGB rok wcześniej. Badania laboratoryjne i obrazowe potwierdziły ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego oraz kamicę przewodową. W wykonanym początkowo ECPW nie udało się dojść poprzez zespolone pętle jelitowe do brodawki dwunastniczej większej. W dalszym postępowaniu wykonano cholecystektomię laparoskopową, śródoperacyjnie wykonując cholangiografię, stwierdzając złogi w przewodzie żółciowym wspólnym (PŻW). Wykonano dodatkowy 5 cm dostęp do jamy brzusznej, przez który wprowadzono duodenoskop do żołądka i wykonano ECPW, usuwając z PŻW złogi żółciowe. Powikłań po zabiegu nie obserwowano pacjenta w 4 dobie pooperacyjnej wypisano do domu.

Wnioski: Wykonanie ECPW u pacjentów po RYGB jest niezwykle trudne ze względu na zmienione warunki anatomiczne przewodu pokarmowego. Zastosowanie operacji hybrydowej – połączenie zabiegu operacyjnego ze śródoperacyjnym ECPW u powyższych chorych ze współistniejącą kamicą przewodową wydaje się zabiegiem skutecznym i bezpiecznym w tej grupie pacjentów.

LAPAROSKOPOWA STAPLEROWA KARDIOPLASTYKA W ZAAWANSOWANYCH STOPNIACH KURCZU WPUSTU

J. Dzielicki¹, M. Głąb¹, S. Czudek¹, J. Juros¹

1 - Oddział Chirurgii Szpitala św. Rocha, Ozimek

Leczenie kurczu wpustu, w zależności od stopnia zaawansowania, zawiera postępowanie zachowawcze oraz chirurgiczne. Chirurgiczne metody obejmują przecięcie mięśni wpustu na drodze laparoskopowej a ostatnio również endoskopowej. Zaawansowane stopnie kurczu wpustu, często poprzedzone endoskopowym obstrzykiwaniem botuliną lub rozszerzaniem balonem, nie rokują pozytywnego efektu terapeutycznego pomimo kardiomotomii. Przyczyną jest uszkodzenie śluzówki oraz współistniejące w niej zmiany bliznowate. Autorzy zastosowali w tych przypadkach staplerową plastykę wpustu techniką laparoskopową.

Cel pracy: Wstępna ocena przydatności staplerowej plastyki wpustu wykonanej techniką laparoskopową w zaawansowanym stopniu kurczu wpustu.

Metodyka: Zabieg wykonywano techniką rendezvous endoskopowo – laparoskopową. Z typowego dostępu laparoskopowego (5 trokarów) dokonywano oceny rozworu przełykowego oraz zakresu zwężenia przełyku. Około 4-ch cm poniżej wpustu otwierano przednią ścianę żołądka i ustalano położenie otworu wpustu. Pod kontrolą laparoskopu oraz gastrokopu wprowadzano stapler linijny jednym ramieniem do przełyku. Zaciskano i przecinano wpust. Po kontroli endoskopowej efektu zaszycano żołądek. Zabieg uzupełniano niepełną fundoplikacją.

Wyniki: Operację wykonano u trzech kobiet z 4 stopniem achalazji. U wszystkich typowe objawy choroby trwały wiele lat. U pacjentek wielokrotnie wykonywano rozszerzanie balonem oraz obstrzykiwanie botoksem wpustu - bez efektu. Po operacji u wszystkich uzyskano wyraźną poprawę. Połykanie treści płynnych i trwałych swobodne. Krótki okres po zabiegu (2 miesiące) nie pozwala na pełną ocenę przydatności techniki w leczeniu kurczu wpustu.

Wnioski: Staplerowa plastyka wpustu żołądka wykonana techniką laparoskopową budzi nadzieję na skuteczne leczenie achalazji w stopniu zaawansowanym. Dalsze dopracowanie techniki może rozszerzyć wskazania do zabiegu.

WYPADANIE NARZĄDÓW MIEDNICY- BOCZNA FIKSACJA

J. Dziełicki¹, J. Juros¹

1 - Oddział Chirurgiczny Szpitala św. Rocha, Ozimek

Wypadanie narządów miednicy małej u kobiet stanowi istotny problem medyczny i socjologiczny. POP (Pelvic Organ Prolapse) spowodowany osłabieniem elastyczności mięśni dźwigaczy obejmuje nie tylko różne stopnie obniżenia narządu rodowego oraz wypadania odbytu lecz również towarzyszące zaburzenia czynnościowe. Wśród nich nietrzymanie moczu oraz zaparcia istotnie wpływają na obniżenie jakości życia. Postępowaniem z wyboru w obniżeniu narządu rodowego jest różnego rodzaju promontofiksacja z użyciem taśm. W ostatnim okresie pojawiły się publikacje promujące w wybranych przypadkach boczną fiksację laparoskopową. Autorzy zastosowali boczną fiksację oraz plastykę zatoki Douglasa w zawnosowanym wypadaniu narządów miednicy mniejszej.

Opis przypadku: 93 letnia pacjentka od 20 lat z objawami wypadania odbytnicy, która po oddaniu stolca sięgała 4 cm. Współistniało nietrzymanie moczu, zaparcia i brudzenie stolcem wymagające stałego noszenia „pampersów”. Od ponad 10 lat dyskwalifikowana z leczenia operacyjnego. W trakcie przyjęcia stwierdzano obniżenie narządu rodowego III stopnia, cysto i rektocelę, oraz wypadanie odbytnicy na długości 4 cm po próbie parcia. Po odprowadzeniu jelita cechy porażenia zwieraczy odbytu. Z uwagi na wiek i obciążenia kliniczne wykonano pierwotnie PPH (procedure for prolapse hemorrhoidectomy) wg. Longo. Po 2-ch tygodniach ponownie pojawiło się wypadanie odbytnicy. Wykonano laparoskopię oraz boczną fiksację macicy taśmami przeprowadzoną podotrzewnowo wg. J.Dubuissona oraz M. Kapandji. Wykonano spłycenie zatoki Douglasa z podwieszeniem więzadeł krzyżowo-maciczy. Uzyskano całkowite cofnięcie wypadających narządów miednicy mniejszej. W dwa miesiące po zabiegu nadal utrzymuje się dobry efekt anatomiczny. Pacjentka kontroluje trzymanie moczu. Utrzymuje się niewielkie niedowład mięśni zwieraczy odbytu.

Wniosek: Boczna fiksacja narządów miednicy mniejszej z plastyką zatoki Douglasa wykonana techniką laparoskopową może być skuteczną i mało obciążającą metodą leczenia POP

LAPAROSKOPOWA RESEKCJA ZAAWANSOWANEJ ZMIANY ŚRÓDSIENNEJ DOLNEGO PIERSIOWEGO ODCINKA PRZEŁYKU.

K. Franciszkiewicz-Pietrzak¹, T. Jaworski¹, K. Abramowicz¹, K. Zinkiewicz¹, G. Wallner¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM, Lublin

Opis Przypadku Klinicznego (prezentacja VIDEO)

Pacjent lat 34, rasy kaukaskiej, BMI 21 (wzrost 180 cm, waga 69 kg) z rozpoznaniem guzem podśluzówkowym brzusznego odcinka przełyku, obciążony kamicą nerki lewej.

Wstępna kwalifikacja do dalszego leczenia operacyjnego na podstawie badania endoskopowego (stwierdzony guzek podśluzówkowy dolnego odcinka przełyku). W ramach badań dodatkowych wykonano KT klatki piersiowej, w której rozpoznano ekscentrycznie, nadwpustowo, gładko obrysowaną zmianę o niskiej gęstości, nie wzmacniającą się po dożylnym podaniu kontrastu, ciągnącą się na długości ok 6 cm do ok 1 cm poniżej rozworu przełykowego przepony. Powyższa zmiana modelowała przełyk, zwiężając jego światło, nie wykazując cech naciekania sąsiednich narządów.

Po wstępnej diagnostyce pacjent zakwalifikowany do planowego zabiegu operacyjnego w technice laparoskopowej. W kontroli jamy otrzewnowej nie uwidoczniono innych patologii poza dolnym biegunem zmiany w brzusznej części przełyku. Śródoperacyjnie wykonano gastroscopię w celu identyfikacji zasięgu górnego bieguna guza. Podjęto decyzję o wycięciu zmiany. Po nacięciu mięśniówki przełyku wypreparowano guzek w całości. Następnie zeszyto mięśniówkę przełyku. Przy pomocy endoskopu sprawdzono integralność błony śluzowej. Dodatkowo pobrano powiększony makroskopowo węzeł chłonny okolicy połączenia przełykowo-żołądkowego do badania histopatologicznego. Przebieg zabiegu i wczesny okres pooperacyjny bez powikłań. W badaniu histopatologicznym preparatu pooperacyjnego stwierdzono: "neoplasma non epitheliale benignum leiomyoma, immunohistochemicznie: desmina (+), S-100 (-), CD 117 (-), węzeł chłonny odczynowy".

Przypadki guzów śródściennych, najczęściej GIST, są niezmiernie rzadko stwierdzane w trakcie badań endoskopowych wykonywanych z innych powodów.

W badaniu histopatologicznym i immunohistochemicznym nie potwierdzono charakteru guza zrębowego (GIST).

Zabiegi laparoskopowe u chorych z guzami przełyku wymagają od zespołu operacyjnego dużego doświadczenia. Warunkiem powodzenia takich zabiegów jest przeprowadzenia ich w ośrodkach mogących zastosować kompleksowe leczenie w przypadku ewentualnych powikłań wśród i pooperacyjnych oraz mogących zapewnić pełną diagnostykę histopatologiczną.

CZYNNIKI PROGNOSTYCZNE NAWROTÓW GRUCZOLAKÓW ODBYTNICY USUNIĘTYCH TECHNIKĄ PRZEZODBYTNICZEJ ENDOSKOPOWEJ MIKROCHIRURGII.

T. Gach¹, P. Richter¹, M. Szura¹, R. Pach¹, J. Kulig¹

1 - I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński CM, Kraków

Gruczolaki są najczęściej występującymi nowotworami jelita grubego. Większość z nich skutecznie usuwana jest podczas kolonoskopii, jednakże duże, na szerokiej podstawie zmiany wymagają usunięcia inną techniką. Zlokalizowane w odbytnicy można usunąć na drodze endoskopowej przezodbytniczej mikrochirurgii (TEM).

Cel pracy: Określenie czynników wpływających na wystąpienie powikłań w okresie okołoperacyjnym oraz nawrotu po miejscowym wycięciu gruczolaków odbytnicy sposobem TEM.

Materiał i metodyka: Grupę badaną stanowili chorzy z gruczolakami odbytnicy leczeni metodą TEM. Oceniano ilość powikłań, czas hospitalizacji po operacji, obecności nawrotów oraz zgonów.

Wyniki: W latach 1996 – 2004 w I Klinice Chirurgii UJ CM wykonano 225 procedur TEM. W 72 przypadkach zabiegi dotyczyły chorych z gruczolakami odbytnicy. Follow-up wynosił od 1 do 111,3 miesiąca (mediana – 12,6) Wielkość operowanych guzów wynosiła średnio 28mm (8 – 70 mm), odległość dolnej granicy zmiany od brzegu odbytnicy - 8,6 cm (2 – 18 cm). Czas hospitalizacji po zabiegu wynosił średnio 5 dni. Ogólny odsetek powikłań wynosił 19,4%, tylko w 4,1% przypadków były to powikłania ciężkie. Nie obserwowano zgonów w okresie okołoperacyjnym. Stwierdzono istotną statystycznie zależność między wielkością gruczolaka a obecnością powikłań. Nawrót choroby stwierdzono w 12,5% przypadków. W 10 przypadkach była to wznowa gruczolaka, natomiast w jednym stwierdzono raka gruczołowego. Stwierdzono znamienne statystycznie wpływ wielkości gruczolaka, jego odległości od brzegu odbytu i radykalności wycięcia na wystąpienie wznowy. Czynniki te wpływały zarówno na samą obecność nawrotu jak i czas wolny od wznowy. Graniczną wielkością guza, przy której wzrastało prawdopodobieństwo wystąpienia wznowy była średnica 4 cm. Gorzej rokowały też gruczolaki położone w odległości mniejszej niż 5 cm od brzegu odbytu.

Wnioski: Przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa jest skutecznym i obciążonym niewielkim odsetkiem powikłań oraz wznów sposobem leczenia płaskich gruczolaków odbytnicy. Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na wystąpienie powikłań oraz nawrót choroby jest wielkość guza.

WCZESNE POWIKŁANIA LAPAROSKOPOWYCH SPLENEKTOMII

M. Grabala¹, A. Tarasiuk², R. Wojsław¹, P. Malinowski³, L. Adadyński¹

1 - Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn

2 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn

3 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn

Najliczniejszą grupę chorych, którym wykonuje się wycięcie śledziony w trybie planowym stanowią pacjenci z chorobami krwi i układu krwiotwórczego. Operacje oszczędzające wykonywane są rzadko, zazwyczaj dochodzi do całkowitego wycięcia śledziony. Część autorów uważa splenektomię laparoskopową (SL) za metodę z wyboru w planowym wycięciu śledziony w łagodnych chorobach hematologicznych, w przypadkach śledzion o normalnej wielkości lub nieznacznie powiększonych. Bezsprzeczne wskazaniem do SL jest obecnie pierwotna małopłytkowość immunologiczna.

Cel pracy: Ocena częstości i rodzaju powikłań w czasie i po SL u pacjentów z chorobami hematologicznymi leczonych w trybie planowym.

Metodyka: Analizie retrospektywnej poddano dokumentację medyczną 20 pacjentów (10 mężczyzn i 10 kobiet) pomiędzy 22 – 57 rż. (średni wiek 39) leczonych operacyjnie w naszym ośrodku w latach 2007 -2014. Oceniono wiek, płeć, choroby towarzyszące, czas trwania zabiegu, dobę pooperacyjną wystąpienia powikłania.

Wyniki: Zgonów w okresie okołoperacyjnym nie odnotowano. Powikłania SL wystąpiły u 5 (25%) pacjentów. U 2 (10%) stwierdzono powikłanie śródoperacyjne w postaci uszkodzenia w czasie preparowania żyły śledzionowej z krwawieniem utrudniającym identyfikację stosunków anatomicznych i koniecznością wykonania konwersji do metody otwartej. Wczesne powikłania pooperacyjne wymagające reoperacji wystąpiły pomiędzy dobą 0 a 1 u 3 (15%) chorych, ich przyczyną było krwawienie do jamy otrzewnej. Inne wczesne powikłania nie wymagające leczenia operacyjnego wystąpiły u 4 (20%) chorych po SL: w 1 (5%) przypadku zakażenie miejsca operowanego (odczyn ropny tkanki podskórnej), w 2 (10%) przypadkach gorączka i ból brzucha z podwyższeniem parametrów stanu zapalnego, w 1 (5%) przypadku patologiczne osteoporetyczne złamanie kręgu L2. Średni czas zabiegu wynosił 113 min (85-220). Czas hospitalizacji po SL 3 dni (2-10).

Wnioski: SL jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia pacjentów z chorobami hematologicznymi. Ilość powikłań śród- i pooperacyjnych wymagających konwersji do operacji otwartej bądź 'reoperacji zmniejsza się w miarę nabywania doświadczenia. Choroba podstawowa, stopień jej zaawansowania, stosowana farmakoterapia przedoperacyjna (immunosupresja, sterydy) stanowią dodatkowy czynnik ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

USUNIĘCIE ŚLEDZIONY METODĄ KLASYCZNĄ I LAPAROSKOPOWĄ- DOŚWIADCZENIA POJEDYNCZEGO OŚRODKA CHIRURGICZNEGO

M. Grabala¹, A. Tarasiuk², P. Malinowski³, L. Adadyński⁴, R. Wojśław⁴

- 1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Olsztyn
- 2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny; Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej, Olsztyn
- 3 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej, Olsztyn
- 4 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny; Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Olsztyn

Chorzy na choroby hematologiczne stanowią najliczniejszą grupę pacjentów, którym wykonuje się zabiegi usunięcia śledziony w trybie planowym. Zazwyczaj zachodzi konieczność całkowitego wycięcia śledziony, operacje oszczędzające wykonywane są rzadko. Wycięcie śledziony jest najczęściej postępowaniem kończącym leczenie, a w niektórych przypadkach ułatwia jego dalsze prowadzenie. Splenektomię wykonuje się metodą klasyczną (SK) bądź z zastosowaniem techniki laparoskopowej (SL).

Cel pracy: Porównanie i ocena wczesnych wyników resekcji śledziony metodą tradycyjną i laparoskopową wykonywanych planowo u pacjentów z chorobami hematologicznymi.

Metodyka: W analizie retrospektywnej uwzględniono 28 pacjentów (13 mężczyzn i 15 kobiet) pomiędzy 19 – 75 rż. (średni wiek 43) leczonych operacyjnie w naszym ośrodku w latach 2004 -2014. Z tej grupy SK – 8 (28,6%), SL – 18 (64,3%), laproskopii zakończonych konwersją – 2 (7,1%). Oceniono najczęstsze wskazania do planowego leczenia operacyjnego, a także czas trwania zabiegu, okres hospitalizacji pooperacyjnej, powikłania w związku z zastosowaną metodą leczenia.

Wyniki: Najczęstszym wskazaniem do planowej operacji resekcji śledziony była pierwotna małopłytkowość immunologiczna – 19 (68%), hipersplenizm – 3 (10,7%), torbiele – 3 (10,7%), ropnie – 2 (7%), guz – 1 (3,6%). Średni czas SK i SL wynosił odpowiednio 103 min (80 - 165) i 113 min (85 – 220). Czas hospitalizacji po operacji to 9 dni (3-30) dla SK i 3 dni (2-10) w grupie SL. Częstość występowania powikłań po SK wynosiła 30%, po SL – 22%, potrzeba reoperacji 20% vs 5%. Powikłania wymagające leczenia operacyjnego podobnie dla obu grup występowały pomiędzy 0 a 1 dobą. Najczęstszą przyczyną reoperacji było krwawienie do jamy otrzewnej. Zgonów w okresie okołoperacyjnym nie odnotowano. Wszyscy pacjenci po SL byli w pełni uruchomieni w I dobie pooperacyjnej i po 24 godzinach od zabiegu nie wymagali podawania opioidowych leków przeciwbólowych.

Wnioski: 1. SL jest operacją bezpieczną i tak samo skuteczną jak SK, stanowi dobrą alternatywę dla wybranych chorych kwalifikowanych do planowego zabiegu. 2. Przewaga zabiegu laparoskopowego staje się widoczna w miarę nabierania doświadczenia przez zespół operacyjny: ulega skróceniu czas operacji i zmniejsza się ilość powikłań. 3. Chorzy po SL krócej przebywają w szpitalu i powrót do normalnej aktywności następuje szybciej. 4. Lepszy efekt kosmetyczny po SL.

THE ROLE OF CHOLEDOCHOSCOPY IN THE CHOOSING OF THE METHOD OF COMMON BILE DUCT SURGERY

V. Kolomyitsev¹, R. Vatseba¹

1 - Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

Objective: Endoscopic technology in the treatment of biliary disease complications has been included in the medical standards for over 20 years. However, there are a lot objective difficulties in our environment that make impossible to endoscopic exploration common bile duct (CBD) and stone extraction. These patients should undergo an open exploration of the bile ducts with subsequent drainage.

Aim: To study the effectiveness of classic (open) exploration of CBD, compare the results of different variants of surgery procedures (Choledochoduodenostomy, choledochojejunostomy, T-tube drainage of CBD).

Methods: We have analyzed the early postoperative results and late patient-related postoperative results by a SF36 quality of life survey after "open" CBD surgery in Surgery Depp N1 Danylo Halytsky Lviv National Medical University in 2013-2014yy. To study the effectiveness of the "classical" exploration CBD, after stone extraction and open exploration we controlled it by fibrocholedochoscopy.

Results: 70 patients have undergone open CDB surgery. Gallstones in CBD were the reason of surgery in 69 cases (98.5%), in 8 of them were diagnosed Mirizzi syndrome (6 patients – type II, 2 patients - III type). Cholangitis was in 23 cases (34.3%). The surgery procedures completed an external biliary drainage in 25 (35.7%) patients (group1), choledochoduodenostomy in 25 (35.7%) patients (group2), choledochojejunostomy in 15 (21.5%) cases (group3). Primary common bile duct closure was in 5 (7.1%) patients (group4). Surgical duration was 101±15 min in group 1, 125±23 min in g2, 134±25 min in g3, in g4 was 95±15 min. Early complication (leakage of bile through the drains 1-3 days) was in 3 patients in g1. During the surgery in 10 patients after "classic" exploration we conducted intraoperative fiberoptic choledochoscopy. In 7 cases (70%) we additionally extracted gallstones (5 from intrahepatic bile ducts, and 2 from CBD). The late results by a SF 36 quality of life survey in g1 were 50% excellent, 37.5% were good, 12.5% were bad. In g2 the results were 50% excellent, 25% have good, 25% bad results. In g3 75% patients have excellent and 25% have good results. In g4 100% results were excellent.

Conclusion: Direct visualization of the bile ducts, that is, choledochoscopy, could prevent complications after biliary surgery. The best "open" surgery CBD in patients with not effective transduodenal exploration of the CBD are primary common bile duct closure or choledochojejunostomy.

ANALIZA PORÓWNAWCZA TECHNIK LAPAROSKOPOWYCH W LECZENIU KAMICY ŻÓŁCIOWEJ

G. Kowalski¹, J. Bartnicka², A. Ziętkiewicz³, W. Truchanowski⁴, D. Żądło⁵, J. Gawrychowski⁵

1 - Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Endokrynologicznej, Bytom

2 - Politechnika Śląska, Gliwice

3 - Politechnika Śląska, Bytom

4 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, Gliwice

5 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, Bytom

Skutecznym sposobem leczenia kamicy żółciowej jest chirurgiczne usunięcie pęcherzyka żółciowego będącego jedną z najczęściej wykonywanych procedur w szpitalnych oddziałach chirurgii ogólnej. Zabieg ten można wykonać zarówno metodą otwartą jak i metodą laparoskopową jednakże zastosowanie drugiej z wymienionych metod w leczeniu kamicy żółciowej od wielu lat jest standardem zarówno w kraju jak i zagranicą. Stwierdza się stały rozwój zabiegów małoinwazyjnych a tym samym ciągłe doskonalenie się chirurgów w zakresie realizacji danej procedury różnymi technikami. Doskonałym na to przykładem jest zabieg cholecystektomii, który można wykonać zarówno metodą tradycyjną jak również metodą laparoskopową stosując różne techniki w zależności od liczby nacięć skóry.

Cel: Celem pracy jest dokonanie analizy porównawczej czterech technik laparoskopowych wykonania zabiegu cholecystektomii.

Metodyka: W analizie uwzględniono zabiegi wykonane metodą laparoskopową z pojedynczego cięcia, dwóch, trzech oraz czterech nacięć. W pracy poddano ocenie grupę dwudziestu czterech pacjentów – kobiety w wieku 27-34 lat z rozpoznaną ultrasonograficznie kamicy pęcherzyka żółciowego bez cech przebytego stanu zapalnego. Dla potrzeb analizy dokonano wyboru z każdej grupy reprezentatywne przypadki. Celem analizy był wieloaspektowy dobór kryteriów porównawczych, stanowiących podstawę do tworzenia jakościowych i ilościowych mierników oceny poszczególnych technik laparoskopowych.

Grupy kryteriów stanowiły:

- kryteria organizacyjne
- kryteria techniczne
- kryteria komunikacyjne
- kryteria skuteczności i jakości zabiegu

Głównymi metodami służącymi do pozyskania danych były metody obserwacji bezpośredniej połączonej z rejestracją wideo zabiegu oraz badanie sondażowe z zastosowaniem techniki wywiadu z chirurgiem operatorem.

Wyniki: W pracy wykazano, że podstawowe mierniki różnicujące analizowane zabiegi laparoskopowe mieszczą się w grupie kryteriów organizacyjnych oraz technicznych. Wykonanie każdej procedury wymagało podobnego zaangażowania komunikacyjnego poszczególnych członków zespołu, przy czym

zwrócono uwagę na konieczność doskonalenia tego elementu pracy zespołowej. Z kolei skuteczność i jakość ocenione zostały pozytywnie niezależnie od rodzaju techniki operacyjnej.

Wnioski: W oparciu o zdefiniowane mierniki i przeprowadzoną za ich pośrednictwem analizę porównawczą możliwe było dokonanie diagnozy efektywności zabiegów oraz wskazanie obszarów wymagających doskonalenia.

ZWAPNIENIA W ŚCIANIE TORBIELI POZAPALNEJ TRZUSTKI PRZYCZYNĄ NIESKUTECZNOŚCI CYSTOGASTROSTOMII ENDOSKOPOWEJ - OPIS PRZYPADKU

A. Krajewski¹, M. Słodkowski¹, G. Lech¹, M. Makiewicz¹, A. Kluciński¹, M. Wojtasik¹, S. Kozieł²

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

2 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, Warszawa

Cystogastrostomia endoskopowa jest jedną z metod leczenia pozapalnych torbieli trzustki. Warunkiem drenażu endoskopowego jest przyleganie ściany torbieli do żołądka stwierdzone w badaniach obrazowych i badaniu endoskopowym.

Opis przypadku: Przedstawiamy opis bardzo rzadkiego przypadku nieskuteczności endoskopowego drenażu torbieli trzustki wpuklającej się do światła żołądka, z powodu zwapnień w jej ścianie. 55-letni mężczyzna po przebyłym ostrym zapaleniu trzustki, z trwającymi od roku bólami w nadbrzuszu, został przyjęty do kliniki w celu leczenia pozapalnej torbieli trzonu i ogona trzustki. Przy przyjęciu w badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyień, stężenie markerów nowotworowych CA 19-9 i CEA było w granicach normy. W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono dużą torbiel rzekomą ogona trzustki, co potwierdzono w badaniu tomografii komputerowej. W endoskopowej ultrasonografii (EUS) trzustki stwierdzono zbiornik płynu śr. 110 mm pomiędzy ogonem trzustki a żołądkiem. Zwapnienia w ścianie zbiornika powodowały cień akustyczny, uniemożliwiając ocenę jego zawartości i drenaż przezskórny. Badanie gastroskopowe wykazało ucisk z zewnątrz na dno żołądka. Chorego zakwalifikowano do cystogastrostomii endoskopowej. Po wprowadzeniu endoskopu do żołądka i insuflacji CO₂, uwidoczniono w inwersji dużą masę wpuklającą się w dno żołądka. Igłą cystotomu Giovanniego nakłuto śluzówkę żołądka docierając do torebki torbieli, której w kolejnych próbach nie udało się przebić z powodu zwapnień w jej ścianie. W miejscu po nakłuciu obserwowano obfite krwawienie z naczynia podśluzówkowego, które zatamowano przy użyciu klipsów endoskopowych. Chory został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. W trybie planowym wykonano obwodową resekcję trzustki ze zwapniałą torbielą oraz splenektomię.

Wnioski: Cystogastrostomia endoskopowa jest wysoce skuteczną metodą leczenia pozapalnych torbieli trzustki. U niektórych chorych, pomimo wyraźnej impresji torbieli na ścianę żołądka, leczenie tym sposobem jest niemożliwe z powodu zwapnień w ścianie torbieli.

LAPAROSKOPOWA APPEKDEKTOMIA - PORÓWNANIE KOSZTÓW RÓŻNYCH TECHNIK ZAOPATRZENIA KIKUTA WYROSTKA ROBACZKOWEGO.M. Matyja¹, M. Strzałka¹, K. Rembiasz¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Operacje usunięcia wyrostka robaczkowego z powodu jego ostrego zapalenia są najczęściej wykonywanymi zabiegami w czasie ostrego dyżuru chirurgicznego. Coraz częściej zabiegi te wykonywane są sposobem laparoskopowym. Istnieje kilka różnych metod zaopatrzenia kikuta wyrostka robaczkowego podczas małoinwazyjnej appendektomii.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest określenie rentowności tej procedury operacyjnej w polskich realiach finansowych.

Metodyka: Dokonano analizy kosztów trzech różnych technik zamknięcia kikuta wyrostka robaczkowego. Przeprowadzono retrospektywną analizę porównawczą trzech grup pacjentów kolejno operowanych laparoskopowo z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w latach 2013 i 2014. W pierwszej grupie chorych użyto tytanowych klipsów (n=20), w drugiej grupie zastosowano endoskopowe staplery (n=20), a w trzeciej grupie chorych szwy kapciuchowe (n=20). Grupy te nie różniły się pod względem takich parametrów jak: średni wiek, płeć, średni BMI.

Wyniki: Średni koszt zabiegu był najwyższy w grupie operowanej z użyciem endostaplerów. Koszt laparoskopowej appendektomii z użyciem klipsów tytanowych był znacząco niższy (pierwsza grupa) i porównywalny z trzecią grupą pacjentów, u których zastosowano szwy kapciuchowe do zaopatrzenia kikuta wyrostka robaczkowego.

Wnioski: Zastosowanie klipsów do zamknięcia kikuta wyrostka robaczkowego jest metodą łatwą technicznie i efektywną jeśli chodzi o koszty zabiegu. Zastosowanie szwu kapciuchowego zakładanego laparoskopowo jest metodą najtańszą, ale jednocześnie trudniejszą do wykonania. Według naszego doświadczenia zastosowanie staplerów endoskopowych w czasie laparoskopowej appendektomii może być przydatne w niektórych przypadkach, choć wiąże się z najwyższymi kosztami wśród porównywanych metod.

WYNIKI LECZENIA 115 GUZÓW JELITA GRUBEGO METODĄ ENDOSKOPOWEJ DYSSEKCJI PODŚLUZÓWKOWEJ.

M. Spychalski¹, A. Dziki²

1 - Centrum Leczenia Jelit, Szpital Specjalistyczny w Brzezinach, Brzeziny

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa (ang. endoscopic submucosal dissection –ESD) to nowa metoda leczenia endoskopowego wczesnych postaci nowotworów jelita grubego. Pomimo, że jest to metoda trudna technicznie i obciążona jest istotnym ryzykiem powikłań, ESD zdobywa coraz większą popularność. Wiąże się to z bardzo dobrymi wynikami leczenia chorych na wczesne postacie nowotworów jelita grubego.

Cele pracy: W prezentowanej pracy analizowano wyniki leczenia chorych poddanych zabiegowi ESD w okresie od czerwca 2013 do kwietnia 2015 roku w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz w Centrum Leczenia Jelit Szpitala Specjalistycznego w Brzezinach. Metodyka: Retrospektywnie analizowano morfologię guzów usuwanych za pomocą ESD, odsetek resekcji en block, powikłania okołoperacyjne oraz odsetek wznów miejscowych po trzech miesiącach od zabiegu.

Wyniki: W analizowanym okresie wykonano 115 zabiegów ESD. 72 guzy zlokalizowane były w odbytnicy, 9 w esicy, 5 w poprzecznicy, 12 we wstępnicy oraz 17 w kątnicy. Średnia wielkość usuniętego guza wyniosła 35,1 mm. W 87 przypadkach uzyskano resekcję en block (74, 8%). Odsetek resekcji en block wzrósł do 82,3% po pierwszych 50 zabiegach. W 93% resekcja en block była potwierdzona w badaniu histopatologicznym (resekcja R0). Perforacja wystąpiła w 7 przypadkach (6,8%), cztery z nich zostały zaopatrzone endoskopowo. W dziewięciu przypadkach doszło do istotnego krwawienia podczas zabiegu lub we wczesnym okresie pooperacyjnym (7,8%). Z powodu powikłań – perforacji - wykonano trzy laparotomie. W każdym przypadku wykonano resekcję jelita grubego z zespoleniem. W badaniu kontrolnym po 3 miesiącach u 4 z 75 chorych doszło do wznowy gruczolaka (5,3%). We wszystkich przypadkach dotyczyło to chorych, u których nie udało się uzyskać resekcji en block.

Wnioski: Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność ESD w leczeniu wczesnych postaci nowotworów jelita grubego. Większość powikłań śród- i okołoperacyjnych była możliwa do zaopatrzenia endoskopowego, jednak ścisła współpraca z oddziałem chirurgicznym jest konieczna w celu optymalnego zabezpieczenia chorego bezpośrednio po zabiegu.

POCZĄTKOWE DOŚWIADCZENIE Z CHIRURGIA LAPAROSKOPOWĄ HD 3D.

M. Sroczyński¹, M. Sebastian¹, D. Rychlewski¹, J. Rudnicki¹

1 - Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, WROCLAW

Minęło ponad 100 lat od czasu gdy G. Kelling wprowadził cystoskop Nitze do jamy brzusznej psa[1], dziś wiemy że laparoscopia to rewolucja w chirurgii, powodująca zmianę strategii operacyjnej w wielu chorobach. Wszystkie zmiany mają na celu zminimalizowanie urazu operacyjnego, a co za tym idzie szybszy powrót pacjenta do zdrowia. Kolejnym etapem rewolucji w chirurgii małoinwazyjnej jest wprowadzenie obrazowania 3D do laparoskopii. W 1993r. Becker i współpracownicy, poinformował, że wyświetlacz 3D może poprawić umiejętności laparoskopowe[2], od tego czasu wielu badaczy wykazywało korzyści z obrazowania 3D[3]. Pomimo tego systemy 3D nie są powszechnie stosowane dlatego autorzy niniejszej pracy chcą pokazać swoje doświadczenia z chirurgią laparoskopową HD 3D.

Cel: Ocena postępowania operacyjnego i subiektywne doświadczenia lekarzy pracujących po raz pierwszy z laparoskopią HD 3D.

Metodyka: Dokładnemu opisowi oraz analizie poddano 8 przypadków operacji laparoskopowych wykonanych w systemie HD 3D.

Wyniki: Po analizie wszystkich zabiegów operacyjnych w systemie 3D na pierwszy plan wysuwa się lepsza koordynacja ruchowa wyrażona w dokładniejszym postrzeganiu głębi obrazu oraz lepsza orientacja przestrzenna w trakcie zabiegu. W trakcie pierwszych zabiegów trójwymiarowych nie odnotowano działań niepożądanych takich jak: zmęczenie, bóle głowy i pogorszenie widzenia, opisywanych w innych pracach [4,5]

Wnioski: System obrazowania HD 3D poprawia komfort pracy chirurga poprzez lepszą wizualizację obrazu, wpływa na lepszą koordynację oko-ręka i tym samym ułatwia wykonywanie zadań operacyjnych

PORÓWNANIE WYNIKÓW LAPAROSKOPOWYCH APPEKDEKTOMII W ZALEŻNOŚCI OD ZASTOSOWANEJ TECHNIKI ZAMKNIĘCIA KIKUTA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

M. Strzałka¹, M. Matyja¹, K. Rembiasz¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Obecnie laparoscopia jest często stosowana nie tylko w czasie zabiegów planowych, ale także w ostrych schorzeniach jamy brzusznej, w tym również w przypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Istnieje kilka technik zamykania kikuta wyrostka robaczkowego stosowanych podczas zabiegu jego laparoskopowego usuwania.

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie i porównanie wyników małoinwazyjnych appendektomii wykonanych z użyciem staplerów endoskopowych (grupa A), tytanowych klipsów (grupa B) oraz szwów kapciuchowych (grupa C).

Metodyka: Badaną grupę stanowiło 307 pacjentów (średni wiek=35,6 roku; SD=15,9; 178 mężczyzn, 129 kobiet) operowanych laparoskopowo z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w okresie od 2010 do 2014 roku. Przeprowadzono retrospektywną analizę obejmującą takie czynniki jak: wiek, płeć chorych, czas trwania operacji i pobytu w szpitalu, powikłania śród- i pooperacyjne oraz śmiertelność.

Wyniki: W grupie A było 102 chorych (średni wiek=35,8 roku; SD=15,4; 57 mężczyzn, 45 kobiet). Średni okres hospitalizacji w tej grupie wynosił 4,3 dnia (SD=1,7), średni czas operacji 62,0 min (SD=15), odsetek powikłań 5,9%. W grupie B było 160 pacjentów (średni wiek=35,0; SD=16,3; 96 mężczyzn, 64 kobiety). Średni czas hospitalizacji w tej grupie wynosił 3,6 dnia (SD=1,4), średni czas zabiegu 62,9 min (SD=13,5), odsetek powikłań 5,6%. W grupie C było 45 osób (średni wiek=37,3 roku; SD=15,8; 25 mężczyzn, 20 kobiet). Średni czas hospitalizacji w tej grupie wynosił 4,6 dnia (SD=2,0), średni czas operacji 73,9 min (SD=20,8), odsetek powikłań 6,7%. Nie odnotowano zgonów w żadnej z porównywanych grup chorych.

Wnioski: Laparoskopowe appendektomie wykonywane z zastosowaniem różnych technik zamknięcia kikuta wyrostka robaczkowego są zabiegami bezpiecznymi i możliwymi do rutynowego stosowania. W naszym materiale najkrótszy pobyt w szpitalu oraz najniższy odsetek powikłań był związany z użyciem tytanowych klipsów.

JAK NEUROMONITORING MIEDNICY ZMIENIA POSTĘPOWANIE ŚRÓDOPERACYJNE PRZY ZABIEGACH WYCIĘCIA ODBYTNICY? PIERWSZE W POLSCE ZABIEGI Z ZASTOSOWANIEM MONITOROWANIA MIEDNICZNYCH SPLOTÓW NERWOWYCH.

P. Wałęga¹, M. Romaniszyn¹, J. Świrta², J. Kenig¹, W. Nowak¹

1 - III Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

2 - Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza, Kraków

Zaburzenia czynnościowe w postaci nietrzymania stolca, zaburzeń mikcji czy dysfunkcji seksualnej, dotyczą prawie 30% pacjentów po zabiegach wycięcia odbytnicy. Wśród głównych czynników odpowiedzialnych za te powikłania wymienia się przedoperacyjną radioterapię oraz śródoperacyjne uszkodzenie włókien nerwowych, głównie splotów autonomicznych miednicy.

Cel: Celem pracy jest zaprezentowanie wstępnych doświadczeń w zastosowaniu śródoperacyjnego neuromonitoringu miednicy (pION) do identyfikacji i zaoszczędzenia struktur nerwowych miednicy przy zabiegach przedniej niskiej resekcji odbytnicy (LAR).

Metodyka: Czworo pacjentów (2 M, 2 K) przebyło zabieg wycięcia odbytnicy z zastosowaniem pION. W trakcie zabiegu, operator posługiwał się sondą do stymulacji nerwów miednicznych, w trakcie stymulacji aparatura czytywała odpowiedź efektorów - skurcz zwieracza wewnętrznego odbytu (ukł. współczulny) oraz wypieracza pęcherza (ukł. przywspółczulny) sygnalizując operatorowi obecność włókien nerwowych w sondowanym miejscu.

Wyniki: Czas dodatkowego przygotowania pacjenta do zabiegu na stole operacyjnym wyniósł średnio 45min (70-40min). Czas samego zabiegu wydłużył się średnio o 120min (150-90min) w stosunku do średniego czasu przedniej resekcji przeprowadzanej przez tego samego operatora, widoczny był wpływ krzywej uczenia. W trakcie przeprowadzonych zabiegów operator kilkakrotnie zmieniał decyzję o kierunku preparowania tkanek na podstawie danych z pION, uwzględniając zarówno doszczędność wycięcia mezorektum, jak i zaoszczędzenie zidentyfikowanych włókien nerwowych. W jednym przypadku po odpreparowaniu nacieku nowotworowego od ściany miednicy (guz T4) stwierdzono zanik sygnału po tej stronie, świadczący o uszkodzeniu unerwienia.

Wnioski: Zastosowanie pION umożliwia śródoperacyjną identyfikację i zaoszczędzenie struktur nerwowych miednicy i ma znaczący wpływ na decyzje podejmowane śródoperacyjnie. Istotny wpływ krzywej uczenia oraz miejscami konieczność kompromisu pomiędzy doszczędnością onkologiczną a zaoszczędzeniem zidentyfikowanych struktur nerwowych mogą w przyszłości stanowić ograniczenia metody.

ROLA LAPAROSKOPII W PALIATYWNYCH ZABIEGACH Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO: PRZEGLĄD LITERATURY I DOŚWIADCZENIA WŁASNE.

A. Wiski¹, Z. Grzybowski², B. Abdulla³, P. Cipora³, P. Pasternak³, I. Abdulla³, M. Fuks³, J. Zieliński⁴

1 - Oddział Chirurgiczny z Poddziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki im. Kopernika, Koszalin

2 - 1. Oddział Chirurgiczny z Poddziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki im. Kopernika, Koszalin

3 - Onkologicznej, Szpital Wojewódzki im. Kopernika, Koszalin

4 - 2. Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk

Początek XXI wieku to okres dynamicznego rozwoju chirurgii laparoskopowej. Nowe techniki i technologie zmieniają sposób podejścia do diagnostyki i terapii nowotworów przewodu pokarmowego. Dawne algorytmy postępowania w miarę doskonalenia technik laparoskopowych są zastępowane nowymi lub stają się „złotymi standardami”.

Celem pracy jest ocena roli laparoskopii w paliatywnych zabiegach w raku jelita grubego na podstawie doniesień literaturowych i doświadczeń własnych (opis przypadku)

Materiał i metody: Do oceny zagadnienia posłużono się danymi z: NCCN, ESSO, ESMO, Cochrane, zaleceniami polskich towarzystw naukowych. Według danych z literatury do laparoskopowej kolostomii są kwalifikowani chorzy z rakami jelita grubego, w stadium zaawansowania IV obciążeni chorobami towarzyszącymi.

Przypadek własny. Chora lat 81 z objawami bólów brzucha trwających od 4 miesięcy oraz objawami towarzyszącymi w postaci: biegunek z domieszką krwi, utratą apetytu oraz utratą masy ciała (powyżej 10% w ciągu 6 miesięcy). Z chorób towarzyszących stwierdzono: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2; stan po udarze niedokrwinnym mózgu 15 lat wcześniej oraz wydolność krążeniową na stopień III wg klasyfikacji NYHA. Stan ogólny oceniona na 3 według ASA. Badaniu TK cechy guza odbytnicy T3N1M0 według klasyfikacji TNM. W histopatologii stwierdzono raka gruczołowego.

Wyniki: Porównanie zabiegów z powodu raka jelita grubego wykonywanych metodą otwartą w porównaniu z metodą laparoskopową charakteryzuje dłuższy czas trwania operacji, nie wpływa na czas przeżycia chorych, nie wiąże się z różnicą w częstości powikłań, natomiast wiąże się zdecydowanie z poprawą jakości życia, skróceniem pobytu szpitalnego oraz wcześniejszym włączeniem leczenia paliatywnego onkologicznego.

Przypadek własny (cd). Po 7 dniach hospitalizacji wyrównano stan chorej, odłączono aminy presyjne i po konsultacji chirurgicznej zakwalifikowano do paliatywnego laparoskopowego wyłonienia stomii z powodu niedrożności. Operacja laparoskopowa: w czasie zabiegu stwierdzono rozległy nowotwór odbytnicy. Wykonano stomię dwulufową na poprzecznicy w podżebrzu lewym. Okres pooperacyjny bez powikłań. Chora wypisana do domu w 5. dobie w stanie ogólnym wyrównanym.

Wnioski: 1. Kwalifikacja do laparoskopowych zabiegów paliatywnych guzów jelita grubego powinna się odbywać w ramach zasad medycyny spersonalizowanej 2. Laparoskopowa kolostomia jest bezpieczną metodą leczenia chorych z grupy wysokiego ryzyka powikłań okołoperacyjnych.

OCENA OPERACYJNEGO LECZENIA CHOROÓB PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

W. Witkiewicz¹, J. Gnus¹, S. Ferenc¹, E. Kołoczek¹

1 - WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU, WROCŁAW

Cholecystektomia laparoskopowa jest obecnie uznawana za złoty standard leczenia chorób pęcherzyka żółciowego. Z danych literaturowych odsetek konwersji mieści się w przedziale od 2,5-27,9%. Uszkodzenie dróg żółciowych (UDŻ) będące poważnym powikłaniem obecnie zdarza się u 0,1–2,7% operowanych, bez względu na metodę operacyjną przy śmiertelności w przedziale 1,6%–12%.

Cel: Ocena częstości i przyczyn oraz powikłań pooperacyjnych.

Materiały i metody: Analizą retrospektywną objęto 696 pacjentów poddanych cholecystektomii laparoskopowej i robotowej latach 2011 – 2014. W celu ustalenia przyczyn konwersji przestudiowano protokoły operacyjne i dokumentację medyczną. Stworzono bazę danych, w której porównano pacjentów ze względu na wiek, płeć, tryb i czas zabiegu, komplikacje okołoperacyjne oraz czas hospitalizacji.

Wyniki: Cholecystektomii poddano 484(69,64%) kobiety oraz 211(30,36%) mężczyzn. Metodą laparoskopową odbyło się 681(97,98%) operacji a robotową 14(2,02%). Średni wiek wyniósł 56,43 lat, najmłodszy pacjent miał 17 lat a najstarszy 93. Po cholecystektomii laparoskopowej wykonano 108(15,83%) konwersji, a po operacji robotowej 1. Konwersja po metodzie robotowej wynikała z dużych rozmiarów konkrementu odlewowego, który uniemożliwił manipulacje narzędziami robotowymi. Najczęstszą przyczyną konwersji były niejasne warunki anatomiczne – 31,19%. Reoperacje wykonano u 12 pacjentów, w tym jatrogenne UDŻ odnotowano w 3(0,4%) przypadkach po metodzie laparoskopowej. Wskaźnik śmiertelności w wyniku pooperacyjnego UDŻ wyniósł 0,14%.

Wnioski: Odsetek konwersji -15,83% mieści się w średniej światowej, natomiast liczba UDŻ w jej dole granicy. Cholecystektomia metodą robotową jest bezpieczniejsza ze względu na doskonałą wizualizację elementów anatomicznych – obraz 3D HD (10x) powiększenie). Robot chirurgiczny jest wygodnym narzędziem poprawiającym warunki pracy lekarza oraz postępowaniem medycznym polegającym na wykorzystaniu w leczeniu skojarzonego działania lekarza i zaawansowanej nowoczesnej technologii.

Robot chirurgiczny da Vinci jest wygodnym narzędziem polepszającym warunki pracy lekarza oraz postępowaniem medycznym, polegającym na wykorzystaniu w leczeniu skojarzonego działania lekarza i zaawansowanej nowoczesnej technologii.

KORELACJA OBRAZU ULTRASONOGRAFICZNEGO Z CECHAMI PATOLOGICZNO-MORFOLOGICZNYMI NOWOTWORÓW PODŚCIELISKOWYCH PRZEWODU POKARMOWEGO GIST

M. Wroński¹, W. Cebulski¹, M. Słodkowski¹, I. Krasnodębski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Guzy podścieliskowe przewodu pokarmowego są rzadkimi nowotworami o zróżnicowanym obrazie klinicznym i potencjale złośliwości. Badanie ultrasonograficzne jest często pierwszym badaniem diagnostycznym u chorych z dolegliwościami brzuszными. Znajomość obrazu ultrasonograficznego GIST pozwala na postawienie wstępnego rozpoznania i ukierunkowanie dalszej diagnostyki. Cel pracy: Ocena obrazu ultrasonograficznego GIST w odniesieniu do ich cech patologicznych i morfologicznych.

Metodyka: W latach 2007-2014 leczono chirurgicznie 56 chorych z guzem stromalnym przewodu pokarmowego. U 23 chorych wykonano przed operacją przezbrzusne badanie ultrasonograficzne z oceną cech uwidocznionego guza. Badania wykonywano na aparacie Toshiba Famió 8 głowicą typu convex 8 MHz i liniową 4 MHz. Oceniano cechy guza, takie jak wielkość, zarys, echogeniczność, jednorodność, obecność wewnętrznych ognisk hiper- lub hipoechogenicznych i stosunek do ściany przewodu pokarmowego. Obraz ultrasonograficzny porównano z wybranymi cechami patologicznymi GIST.

Wyniki: U 15 chorych GIST był umiejscowiony w żołądku, a u 8 chorych w jelicie cienkim. U wszystkich chorych uwidoczniono podśluzówkowe położenia guza i potwierdzono jego łączność z błoną mięśniową ściany żołądka lub jelita, czyli główną cechą GIST. Stwierdzono 2 podstawowe typy ultrasonograficzne GIST: typ homoechogeniczny i typ heteroechogeniczny. Guzy homoechogeniczne cechowały się jednorodną echogenicznością, która odpowiadała echogeniczności mięśniówki jelita lub żołądka. Guzy heteroechogeniczne były niejednorodne echogenicznie z obszarami bezechowymi w obrębie guza, które odpowiadały martwicy rozptylonej lub ogniskom krwotocznym. W 3 heteroechogenicznych GIST stwierdzono hiperechogeniczne obszary z cieniem akustycznym odpowiadające obecności gazu w guzie, który świadczył o istnieniu przetoki do światła przewodu pokarmowego. U żadnego chorego nie stwierdzono wodobrzusza lub powiększonych węzłów chłonnych w jamie brzusznej. Guzy homoechogeniczne były znamienne mniejsze niż guzy heteroechogeniczne (mediana wielkości 5,0 cm vs 7,7 cm, $p=0,02$). 80% guzów heteroechogenicznych miało indeks mitotyczny powyżej 5/50 HPF w porównaniu do 15% w guzach homoechogenicznych ($p=0,003$).

Wnioski: GIST mają charakterystyczny obraz ultrasonograficzny, który jest odzwierciedleniem ich cech morfologicznych i patologicznych. Typ obrazu ultrasonograficznego GIST koreluje z ich agresywnością biologiczną.

MINILAPAROSKOPOWA CHOLECYSTEKTOMIA– TECHNIKA I WYNIKI WSTĘPNE 100 KOLEJNO OPEROWANYCH CHORYCH - BADANIE WIELOOŚRODKOWE

T. Wróblewski¹, M. Malczewski², K. Pielaciński³, Ł. Nazarewski¹, K. Kobryń¹, M. Dec⁴, B. Ziarkiewicz-Wróblewska⁵, M. Krawczyk¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM, Warszawa

2 - Oddział Chirurgii Ogólnej Szpital Powiatowy w Limanowej, Limanowa

3 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa

4 - II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, WUM, Warszawa

5 - Katedra I Zakład Patomorfologii WUM, Warszawa

Chirurgia bez widocznych blizn stawia nowe wyzwania przed chirurgiem i jest marzeniem wielu chorych.

Cel pracy: Ocena nowej techniki cholecystektomii laparoskopowej (ChL) bez widocznych blizn i bez wzrostu zagrożenia uszkodzenia zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych.

Metody: 100 kolejnych chorych z objawową kamicą pęcherzyka żółciowego było zakwalifikowanych do planowej ChL z zastosowaniem minilaparoskopowych narzędzi (Stryker, USA), w tym 75 K and 25 M, w wieku 56(17-72), średnia BMI 36 (22-38). Odmę otrzewnową wykonano w sposób typowy. Przez pępek wprowadzano trokar 10mm i optykę, pod której kontrolą wprowadzono port 5mm w prawej linii bikini, 3 cm na prawo od linii pośrodkowej, do którego przemieszczano optykę. Następnie, po wykonaniu małych 2mm nacięć skóry, wprowadzono dwa, beztrokarowe mini graspery w prawej linii pachowej i prawym śródbrzuszu. Przewód i tętnicę pęcherzykową preparowano, klipsowano i przecinano przy pomocy typowych narzędzi dla ChL. Pęcherzyk usuwano przez ranę w ok. pępka.

Wyniki: Nie było konwersji do otwartej cholecystektomii chociaż w 5 przypadkach zaszła konieczność wprowadzenia 5mm portu w prawym nadbrzuszu dla lepszego preparowania w trójkącie Calota. U 10 chorych dren w łożu pęcherzyka wprowadzono na dobę przez 5mm port w linii bikini. Skórę szyto tylko w pępku. Nie obserwowano okołooperacyjnych komplikacji, a chorzy opuścili szpital nie później niż po tradycyjnej ChL.

Wnioski: MLCh jest dwuportową laparoskopową cholecystektomią wykonywaną dla lepszego efektu kosmetycznego. Ekspozycja elementów trójkąta Calota jest taka sama jak w typowej ChL a krzywa uczenia tej metody jest krótka.

OCENA TRAFNOŚCI I POWIKŁAŃ GRUBOIGŁOWYCH PRZEZSKÓRNYCH BIOPSI GUZÓW TRZUSTKI.

J. Wszółek¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o. o.

Wstęp: Jedynie 15% pacjentów z guzem trzustki w chwili rozpoznania kwalifikuje się do potencjalnie resekcyjnego zabiegu operacyjnego a przedoperacyjne potwierdzenie złośliwego charakteru guza nie jest wówczas konieczne. Jednak pacjenci, u których rozważane jest neoadjuwantowe lub paliatywne leczenie (chemioradioterapia), wymagają potwierdzenia raka w badaniu mikroskopowym.

Cel pracy: Ocena trafności i powikłań gruboigłowych przezskórnych biopsji guzów trzustki.

Metodyka: Wykonano 82 biopsje, zarówno w lokalizacji głowy, trzonu jak i ogona trzustki. W 8 przypadkach wykonano dodatkowo jednoczasową biopsję zmiany ogniskowej wątroby. Wszyscy pacjenci mieli prawidłowe wartości krzepnięcia i liczby płytek krwi a wodobrzusze nie było przeciwskazaniem do wykonania biopsji. Biopsje wykonywano pod kontrolą USG, stosując sondę typu convex jak i linearną, z opcją Doppler, z przystawkami biopsyjnymi. Używano igieł o wymiarze 16G i 18G z automatyczną kuszą biopsyjną. Przed biopsją pod kontrolą USG wykonywano znieczulenie miejscowe pełnej grubości powłok Lignokainą 1% w objętości 10ml. Po zabiegu pacjenci mieli monitorowane ciśnienie krwi i tętno przez 6 godzin. Na drugi dzień wykonywano kontrolne USG jamy brzusznej. W pracy oceniono czułość i swoistość wykonanych biopsji oraz powikłania.

Wyniki: Czułość biopsji wyniosła 92% a swoistość 100%. Stwierdzono dwa powikłania. W jednym przypadku doszło do krwawienia do jamy otrzewnej bez zaburzeń hemodynamicznych i bez spadku wartości morfotycznych. U drugiego chorego tydzień po zabiegu stwierdzono ropień przestrzeni zaotrzewnowej. Ropień skutecznie drenowano przeskrórną punkcją.

Wnioski: Na podstawie doświadczenia autora gruboigłowa biopsja jest zabiegiem o wysokiej czułości i przez to bardziej przydatna w diagnostyce guzów trzustki w porównaniu z biopsją cienkoigłową. Jednocześnie jest zabiegiem bezpiecznym, aczkolwiek uwarunkowanym dużym doświadczeniem lekarza w wykonywaniu badań USG jamy brzusznej podpartym dobrą znajomością anatomii topograficznej narządów nadbrzusza. Nie mniej ważna jest znajomość rodzaju możliwych powikłań oraz sposobu ich diagnostyki jak i leczenia. W związku z tym w opinii autora zabiegi takie powinny być wykonywane w oddziałach, które mają doświadczenie w chirurgii trzustki i są przygotowane na doraźne zaopatrzenie krwawienia z naczyń okołotrzustkowych.

ROPNIE WĄTROBY

J. Wyroślak-Najs¹, G. Ćwik¹, M. Solecki¹, G. Wallner¹

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Przyczyną rozwoju ropni wątroby są choroby jamy brzusznej, przebyte zabiegi operacyjne i powikłania pooperacyjne, zabiegi endoskopowe, głównie na drogach żółciowych oraz urazy. Do patogenów wywołujących ropnie wątroby należą głównie bakterie, a także grzyby.

Cel: Ocena skuteczności przezskórnego drenażu ropnia wątroby pod kontrolą usg w połączeniu ze stosowaniem dożylną antybiotykoterapii.

Metodyka: W II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w latach 2002-2013 leczono 50 pacjentów z rozpoznaniem ropnia wątroby, u których wykonano przezskórny drenaż zbiornika ropnego pod kontrolą usg oraz zastosowano dożylną antybiotykoterapię. U pacjentów, u których średnica ropnia mieściła się w granicach 5-6cm założono pojedynczy dren. W przypadkach zmian o wymiarach 7-8cm zakładano zwykle dwa lub więcej drenów, co umożliwiło skuteczniejsze płukanie. W każdym przypadku został pobrany materiał do badania mikrobiologicznego, na podstawie którego dobrano właściwy antybiotyk. U pacjentów, których zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego wykonano usg śródoperacyjne.

Wyniki: U wszystkich pacjentów początkowo włączono empirycznie antybiotyk o szerokim spektrum i wykonano aspirację bądź drenaż przezskórny pod kontrolą usg. Drenaż był leczeniem skutecznym u 68% pacjentów, z których 14% wymagało ponownego drenażu. Rozmiar i liczbę drenów dobierano zależnie od wielkości zbiornika ropnego. 32% pacjentów wymagało zabiegu operacyjnego po niewystarczającym leczeniu przezskórnym. Najczęstszą przyczyną powstawania ropni wątroby było zapalenie trzustki (16%), przebyty zabieg chirurgiczny w obrębie jelita grubego (14%) lub cholecystektomia (12%), zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych (10%). U 30% pacjentów stwierdzono w wywiadzie chorobę nowotworową w przeszłości lub obecnie. U 86% pacjentów w posiewach treści ropnej zidentyfikowano wywołujące ropień bakterie, z czego u 74% był to patogen pojedynczy, a u 12% dwa lub więcej drobnoustrojów.

Wnioski: Stosowanie dożylną antybiotykoterapii wraz z przezskórnym drenażem pod kontrolą usg jest zwykle skutecznym leczeniem bakteryjnego ropnia wątroby. Drenaż przezskórny jest właściwym postępowaniem w przypadku, gdy nie ma wskazań do pilnego zabiegu operacyjnego. Przezskórny drenaż ropnia wątroby powinien być rozważony w wypadku ropni o dużych wymiarach, wielokomorowych, komunikujących się z drogami żółciowymi lub współistniejącej patologii wątroby.

ROLA TECHNIK MAŁOINWAZYJNYCH W DIAGNOSTYCE I LECZENIU CHORYCH Z PATOLOGICZNYM WYCIEKIEM Z PIERSI W MATERIALE WŁASNYM I LITERATURZE.

J. Zieliński¹, R. Jaworski², J. Jaśkiweicz¹

1 - Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

2 - Oddział Kardiochirurgii, Szpital Copernicus w Gdańsku, Gdańsk

Fiberoduktoskopia (FDS) jest małoinwazyjną metodą diagnostyczną, która pozwala na ocenę wewnątrzprzewodowych zmian rozrostowych pod względem lokalizacji, liczby i charakteru.

Celem pracy jest ocena roli fiberoduktoskopii wzniernikowania przewodów mlekowych u chorych z patologicznym wyciekami piersi na podstawie materiału własnego i przeglądu piśmiennictwa.

Materiał metody: Do badania zakwalifikowano pacjentki z patologicznym wyciekami z piersi (PWP) definiowanym jako wyciek samoistny, jednostronny z pojedynczego przewodu mlekowego. Materiał stanowi grupa 128 chorych leczonych Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie 9 lat. Badanie fiberoduktoskopowe wykonywano w znieczuleniu regionalnym. Pacjentki z PWP na podstawie badania FDS kwalifikowano do dalszej obserwacji klinicznej lub do zabiegu. W przypadkach nie uwidocznienia zmian patologicznych w przewodach mlekowych podczas badania FDS pacjentki z patologicznym wyciekami z piersi dyskwalifikowano z leczenia chirurgicznego. Pozostałe pacjentki z PWP kwalifikowano do zabiegu operacyjnego.

Wyniki: Wśród całej grupy badanej u 123 (93,7%) przeprowadzono udaną kaniulację przewodów mlekowych z możliwością oceny zmian patologicznych w przewodach mlekowych oraz kwalifikacją do leczenia operacyjnego. Mediana wieku dla całej grupy badanej wynosiła 53 lata (zakres wieku: 21–84 lata). Zdobyte doświadczenie umożliwiło w grupie 123 chorych z PWP po udanej FDS zakwalifikowanie do zabiegu operacyjnego 72 (58,5%) pacjentki, a 51 (41,5%) badanych na odstąpienie od zabiegu operacyjnego z prowadzeniem dalszej obserwacji klinicznej. Spośród 72 chorych operowanych z powodu PWP u 64 (88,9%) zastosowano znieczulenie miejscowe, a u pozostałych 8 (11,1%) znieczulenie ogólne. Średni czas obserwacji badanych fiberoduktoskopowo chorych wynosił 12 miesięcy (zakres czasu obserwacji: 5–36 miesięcy). Badania kontrolne w grupie chorych operowanych z powodu PWP lub zdyskwalifikowanych z leczenia operacyjnego przeprowadzono po 6 i 12 miesiącach, w czasie których oceniano efekt kosmetyczny, dolegliwości bólowe, powikłania pooperacyjne.

Wnioski: 1. Fiberoduktoskopia jest metodą bezpieczną i najbardziej optymalną, zarówno w diagnostyce i leczeniu chorych z nowotworami piersi. 2. Fiberoduktoskopia zastosowana u chorych z wyciekami patologicznymi charakteryzuje się wysoką czułością i wysoką swoistością w ocenie lokalizacji i charakteru wewnątrzprzewodowych zmian rozrostowych.

RAK JELITA GRUBEGO W WIEKU STARCZYM I SĘDZIWYM.Z. Banaszkiwicz¹, K. Tojek², M. Mrozowski², A. Jawień³

1 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej Szpital Uniwersytecki Nr 2 CM UMK Toruń, Bydgoszcz

2 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Jana Bizuela, Bydgoszcz

3 - Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii. Szpital Uniwersytecki Nr 1, Bydgoszcz

Rak jelita grubego (RJG) jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u chorych w wieku starym lub sędziwym. Retrospektywnej analizie poddano chorych z RJG w wieku starym lub sędziwym leczonych w okresie od lutego 1994 roku do lutego 2013 roku w jednym ośrodku i porównano z chorymi w młodszym wieku. Pełną dokumentację medyczną uzyskano u 1378/1710 (80,58%) chorych. U chorych z guzem zlokalizowanym w odbytnicy w grupie osób w wieku starym i sędziwym zabiegi operacyjne były znamienne częściej nieresekcyjne i nieradykalne (25,00% vs 13,98% i 28,23% vs 19,52% odpowiednio). Różnic tych nie obserwowano u chorych z rakiem okrężnicy, natomiast u tych chorych znamienne częściej występowały powikłania pooperacyjne i zgony (20,00% vs 11,49% i 8,70% vs 3,28% odpowiednio). Przeżycie 5-letnie chorych w wieku starym i sędziwym, było znamienne gorsze w (38,8% vs 59,6%). W pierwszych 12 miesiącach obserwacji w całej grupie 1378 chorych zmarło 415/30,12% osób. Byli to znamienne częściej chorzy w wieku starym i sędziwym i częściej chorzy z rakiem odbytnicy (41,53% vs 26,17% $p < 0,0001$ i 45,30% vs 36,45% $p = 0,002006$ odpowiednio). Średnia przeżycia chorych w całej grupie, którzy przeżyli 1 rok po operacji wynosiła 41,58 miesięcy odchylenie standardowe 19,14 i była na nieco niższa w grupie chorych w wieku starym i sędziwym (37,64 odchylenie standardowe 18,98 miesięcy vs 42,66, odchylenie standardowe 19,06 miesięcy). Odsetek przeżyć 5-letnich chorych, którzy przeżyli 1 rok po operacji były większy u chorych młodszych jednak różnica ta nie była znamienne statystycznie (69,53% vs 52,98%).

Wnioski: 1. U chorych w wieku starym i sędziwym wykonano znamienne więcej operacji w trybie pilnym. 2. Operacje u chorych z rakiem okrężnicy w wieku starym i sędziwym w porównaniu do chorych młodszych nie różnią się resekcyjnością i radykalnością, natomiast obarczone są znamienne większą śmiertelnością i ilością powikłań pooperacyjnych w obserwacji 30 dniowej. 3. Operacje u chorych z rakiem odbytnicy w wieku starym i sędziwym w porównaniu do chorych młodszych są znamienne częściej nieresekcyjne i nieradykalne przy braku różnicy w występowaniu powikłań pooperacyjnych i zgonów w obserwacji 30 dniowej. 4. Śmiertelność u chorych w wieku starym i sędziwym w pierwszym roku obserwacji po operacji jest znamienne większa, natomiast u chorych, którzy przeżyli 1 rok nie stwierdzono istotnych różnic w przeżyciu całkowitym w porównaniu do chorych młodszych.

POWIKŁANIA POOPERACYJNE PO CHEMIOTERAPII OKOŁOOPERACYJNEJ I GASTREKTOMII Z POWODU ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA

B. Ciseł¹, J. Mielko¹, M. Lewicka¹, A. Kurylcio¹, M. Sokoluk¹, M. Skórzewska¹, A. Pikuła¹, M. Cisto¹, R. Sitarz¹, J. Romanek¹, W. Polkowski¹

1 - Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Poprawę wyników leczenia raka żołądka o zaawansowaniu miejscowo-regionalnym można osiągnąć poprzez właściwą kwalifikację do leczenia w ramach zespołu wielospecjalistycznego. Preferowaną metodę stanowi okołoperacyjna terapia systemowa skojarzona z optymalnym leczeniem chirurgicznym. Leczenie to obarczone jest jednak ryzykiem powikłań uniemożliwiających przeprowadzenie zaplanowanego leczenia pooperacyjnego.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena śmiertelności i powikłań oraz ocena realizacji chemioterapii pooperacyjnej u chorych na zaawansowanego raka żołądka.

Metodyka: Analizie poddano 43 chorych (24 kobiety i 19 mężczyzn) w wieku 35-77 lat. Nadekspresję HER2 stwierdzono u 6.7% pacjentów. W ramach chemioterapii przedoperacyjnej chorzy otrzymali 2 - 9 cykli leczenia w oparciu o schemat: EOX, DCF, ECX, PLFE, DDP+5-Fluorouracyl. Po etapie chemioterapii przedoperacyjnej wszystkich 43 chorych zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. U 7 (16,3%) chorych po laparotomii odstąpiono od resekcji ze względu na zaawansowanie choroby. U pozostałych 36 (83,7%) chorych wykonano operacje resekcyjne: całkowite wycięcie żołądka (18 chorych), subtotalne wycięcie żołądka (18 chorych). W 1 przypadku resekcja miała charakter paliatywny.

Wyniki: Okołoperacyjne powikłania śmiertelne wystąpiły u 2 chorych (4,7%). Reoperacji poddano 5 chorych z powodu: martwiczego zapalenia trzustki, krwawienia do jamy otrzewnej, niedrożności przewodu pokarmowego, martwicy zespolenia przełykowo-żołądkowego i nieszczelności zespolenia żołądkowo-jelitowego. Czas hospitalizacji pooperacyjnej wynosił 15 – 53 dni (mediana 45, średnia 38,2 ± SD 16,9). Czterech chorych poddanych reoperacji żyje odpowiednio: 35, 20, 32 i 36 miesięcy. Czas przeżycia 1 chorego wyniósł 4 miesiące.

Wnioski: Chorzy na zaawansowanego raka żołądka mogą odnieść korzyść kliniczną z zastosowania chemioterapii okołoperacyjnej przy możliwym do zaakceptowania poziomie powikłań pooperacyjnych.

PRZEZSKÓRNA, CELOWANA BIOPSJA GRUBOIGŁOWA WĄTROBY I TRZUSTKI W DIAGNOSTYCE ONKOLOGICZNEJ

R. Czarnecki¹, M. Rząca², A. Łoś³, W. Witkiewicz⁴

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

3 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy., Wrocław

4 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy., Wrocław

Biopsja wątroby i trzustki jest ważną, małoinwazyjną metodą diagnostyczną w onkologii i gastroenterologii. Zastosowanie grubej igły typu „tru-cut” oraz wykonanie procedury pod kontrolą USG umożliwia diagnostykę zmian ogniskowych o średnicy powyżej 1cm i ustalenie rozpoznania histopatologicznego.

Materiał i metoda: W latach 2008-2014 wykonano 123 biopsji wątroby oraz 49 biopsji trzustki. Do zabiegu kwalifikowano chorych: z rozsiałym procesem nowotworowym, zmianami przerzutowymi o nieznanym punkcie wyjścia, nie kwalifikujących się do leczenia operacyjnego, z niejasnymi zmianami ogniskowymi. Biopsję wykonywano pod kontrolą głowicy USG 3,5MHz stosując igły 16G i aparat biopsyjny Magnum BARD. W znieczuleniu miejscowym pobierano od 2 do 4 wycinków o długości > 10mm. Procedurę przeprowadzano w trybie hospitalizacji jednodniowej pozostawiając pacjentów do kilkugodzinnej obserwacji po zabiegu.

Wyniki: Biopsje wątroby: potwierdzenie choroby nowotworowej (guzy pierwotne i wtórne) uzyskano u 92 chorych(75%). Zmiany nie nowotworowe rozpoznano u 31 chorych (25%). Stwierdzone nowotwory: rak gruczołowy (48,8%); rak wątrobowokomórkowy (8,1%); rak niezróżnicowany (5,7%); czerniak (3,2%); GIST (2,4%); martwica nowotworowa (4,0%), inne (2,4%). Zmiany nienowotworowe: marskość i zapalenie (13,8%), FNH (3,2%), stłuszczenie (2,4%), naczyniaki (1,6%). Prawidłowa tkanka wątrobowa (biopsja niediagnostyczna) (4,0%) Biopsje trzustki: potwierdzenie ch. nowotworowej uzyskano u 55% chorych, zmiany nienowotworowe (stany zapalne, torbiele) rozpoznano u 26,%, Biopsje niediagnostyczne 18,5% . Powikłania: stan gorączkowy 1,6% , bóle brzucha 3,2%, krwiał 3,2%, krwawienie do jamy otrzewnej wymagające przetoczenia krwi 1,6%.

Wnioski: Biopsja wątroby i trzustki wykonywana pod kontrolą USG jest bezpieczną metodą umożliwiającą uzyskanie materiału do badania histopatologicznego. Umożliwia sprecyzowanie rozpoznania w nadziei na przeprowadzenia celowanej chemioterapii Pozwala na odstępianie od diagnostycznej laparotomii lub laparoskopii. Biopsja trzustki obarczona jest wyższym odsetkiem wyników niediagnostycznych

COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

S. Czudek¹, P. Zonca¹, M. Peteja¹, J. Dzielicki²

1 - University Hospital, Ostrava

2 - EMC, Wrocław

Introduction: Authors report their experiences with laparoscopic resection for colorectal cancer during last 20 years. They assess the type of perioperative and early postoperative surgical complications.

Material and methods: From January 1 993 to December 2013, the surgical teams operated 5 138 patients with colorectal cancer. In 3 851 patients, the laparoscopic resection was completed (75,5%). Patients who had undergone an open procedure and patients who had undergone colostomy, or a by-pass procedure, were excluded from the study group.

Results: In 351 (9.1%) patients (of the total 3851 laparoscopic resections), the laparoscopic procedure was converted. The rate of acute perioperative complications was 4.1% (151 patients) and the rate of early postoperative surgical complications was 13.0% (501 patients). 118 patients in our study group exited before the postoperative day 30 (3,1%). Authors present videos of acute arterial bleeding, acute venous bleeding, acute anastomotic leaks, acute lesions of ureter, etc.

Conclusion: Laparoscopic resection is a method which could be safely use in patients with colorectal cancer. This approach does not have any bigger incidence of perioperative and early surgical postoperative complications than open resection.

OCENA FUNKCJI NEREK U PACJENTÓW Z RAKIEM TRZUSTKI PO RESEKCJACH TRZUSTKI WRAZ Z ŻYŁĄ WROTNĄ I LUB ŻYŁĄ KREZKOWĄ GÓRNĄ I REKONSTRUKCJA Z WYKORZYSTANIEM LEWEJ ŻYŁY NERKOWEJ

M. Derejska¹, M. Durlik²

1 - Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie, Warszawa

2 - Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, Warszawa

Pomimo postępów w leczeniu onkologicznym rak trzustki pozostaje jednym z najgorzej rokujących nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. Pomimo braku badań z randomizacją wyniki badań retrospektywnych dowodzą, że w przypadku zaawansowanych raków trzustki naciekających żyłę wrotną i/lub żyłę krezkową górną radykalna resekcja z wycięciem nacieczonych naczyń może zwiększyć odsetek przeżyć 5-letnich.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena funkcji nerek u pacjentów z granicznie operacyjnym rakiem trzustki po zabiegach resekcyjnych trzustki z wycięciem żyły wrotnej lub krezkowej górnej i rekonstrukcji z wykorzystaniem fragmentu żyły nerkowej lewej.

Metodyka: Wykonano analizę retrospektywną danych z okresu 01.01.2013-31.03.2015 pacjentów operowanych z powodu raka trzustki w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie. W tym okresie wykonano ponad 300 operacji resekcyjnych trzustki z powodu nowotworów złośliwych, w tym u około 18% zabiegi z resekcją żyły wrotnej i/lub krezkowej górnej. U 11 pacjentów wykonano rekonstrukcję z użyciem żyły nerkowej lewej. Po operacji monitorowano codziennie poziom kreatyniny z jej klirensem, poziom mocznika, elektrolitów, morfologię oraz diurezę dobową z bilansem płynów.

Wyniki: W przeciągu pierwszych kilku dób pooperacyjnych stwierdzono wzrost poziomu kreatyniny ze spadkiem jej klirensu i dobowej diurezy. Po kilku dniach obserwowano stopniową normalizację parametrów nerkowych. Poziom elektrolitów, a zwłaszcza potasu pozostawał prawidłowy w trakcie obserwacji. Żaden z pacjentów nie wymagał leczenia nerkozastępczego.

Wnioski: Operacje trzustki z wycięciem żyły wrotnej i/lub żyły krezkowej górnej i rekonstrukcją z użyciem żyły nerkowej lewej u pacjentów z granicznie resekcyjnym rakiem trzustki są zabiegami bezpiecznymi. Nie zaobserwowano rozwoju trwałej dysfunkcji nerek po tego typu operacjach.

INCYDENTALNY RAK PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO PO ZABIEGU CHOLECYSTEKTOMII – MATERIAŁ WŁASNY Z LAT 1990 – 2014.

T. Dorobisz¹, K. Dorobisz², M. Chabowski³, W. Pawłowski⁴, A. Ziomek⁴, D. Janczak⁵

1 - 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

2 - Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

3 - Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Specjalności Zabiegowych, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Wrocław

4 - 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Wrocław

5 - Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Specjalności Zabiegowych, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Wrocław

Rak pęcherzyka żółciowego stanowi duży problem diagnostyczny oraz terapeutyczny. Według literatury 30% przypadków udaje się potwierdzić przed wykonaniem zabiegu operacyjnego. Pozostałe przypadki wykrywa się przypadkowo w badaniu histopatologicznym. Na podstawie badań klinicznych oraz meta-analiz wynika, że rak przypadkowy pęcherzyka żółciowego (incidental gallbladder cancer - iGBC) występuje 0,19 % do 2,8 %.

Cel pracy: Celem naszej pracy było przanalizowanie częstości występowania oraz zaawansowania iGBC w wykonanych zabiegach cholecystektomii w Klinice Chirurgicznej 4 WSK we Wrocławiu w latach 1990 – 2015.

Materiał: W Klinice Chirurgicznej 4 WSK we Wrocławiu w latach 1990 – 2015 wykonano łącznie 7314 zabiegów cholecystektomii z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego – 6145 laparoskopowych (84,02%), 867 otwartych (11,8%) oraz 302 przypadkach konieczna była konwersja (5,1%). W tej grupie kobiety stanowiły 5214 (71,3%), natomiast mężczyźni 2100 (28,7%), średni wiek pacjentów 54,7 lat.

Wyniki: W przanalizowanym materiale stwierdzono 64 iGBC potwierdzonych badaniem histopatologicznym. Stanowiło to 0,87 % przypadków. W tej grupie 50 pacjentów stanowiły kobiety (78,1 %) oraz 14 mężczyzn (21,8%), średnia wieku wynosiła 67,1. W 40 przypadkach wykonano klasyczną cholecystektomię, 24 zabiegi laparoskopowe, z czego w 13 przypadkach konieczna była konwersja do zabiegu klasycznego. W badaniach histopatologicznych otrzymano 15 raków o stopniu zaawansowania G1 (23,4%), 28 wyników G2 (43,75%) oraz w 21 stopień G3 (32,8%).

Wnioski: iGBC wykrywany po zabiegu cholecystektomii z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego jest chorobą rzadką. W naszym materiale iGBC stwierdzono w 0,87% przypadków co jest wynikiem porównywalnym z literaturą światową. W przypadku raka obserwujemy częstszą konieczność wykonania konwersji do zabiegu otwartego. Nowotwór ten częściej występuje u kobiet oraz osób po 60 roku życia.

GASTRINOMA TRZUSTKI WSPÓŁWYSTĘPUJĄCY Z GUZEM NERKI – OPIS I ANALIZA PRZYPADKU.K. Dyląg-Trojanowska¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej i Onologicznej ZOZ w Suchej Beskidzkiej, Sucha Beskidzka

Pacjent lat 63 został przyjęty do Oddziału Chirurgicznego do planowego zabiegu operacyjnego z powodu przepukliny pachwinowej. Do tej pory nie chorował i leków na stałe nie przyjmował. W Poradni Chirurgicznej rozpoznano przepuklinę pachwinową i chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego plastyki kanału pachwinowego. W czasie przygotowania do zabiegu operacyjnego wykonano USG jamy brzusznej, które ujawniło guza wątroby. Diagnostykę poszerzono o TK jamy brzusznej, która poza guzem w segmencie 8 wątroby ujawniła guza nerki lewej oraz zmianę ogniskową o wymiarach 30x37 mm na granicy trzonu i ogona trzustki. W gastroskopii rozpoznano zapalenie żołądka i XII-cy oraz infekcję *Helikobacter pylori*, w kolonoskopii zobrazowano uchyłki. Oznaczono markery nowotworowe - CEA, Ca 19.9, PSA-T wartości w granicach normy. Na podstawie pełnego obrazu klinicznego chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego o znacznie szerszym zakresie. W trakcie laparotomii wykonano dystalną resekcję trzustki wraz z guzem o wymiarach 4x3 cm, dobrze odgraniczonym od otoczenia, splenectomię, nieanatomiczną resekcję guza wątroby o średnicy 2 cm oraz wyłuszczenie otorebkowanego, ciemnoczerwonego guza nerki średnicy 1cm. Przebieg okołoperacyjny niepowikłany.

W badaniu hist-pat nr 4086 rozpoznano dobrze zróżnicowanego raka endokrynnego trzustki Stopień zaawansowania pT2 Nx M1. Usunięty guz nerki to rak nefrogenny G1 typu jasnokomórkowego, torbielowatego. Nowotwór obecny jest w polu o średnicy 1 cm, otoczony jest tkanką włóknistą, której nie przekracza.

Po zagojeniu rany pacjent został wypisany do dalszego leczenia w Klinice Endokrynologii.

Guzy neuroendokrynnego przewodu pokarmowego kiedyś uważane za chorobę bardzo rzadką, obecnie rozpoznaje się częściej nie ze względu na rzeczywisty wzrost zachorowalności ale z powodu większej wykrywalności wynikającej z postępu diagnostyki. Mogliśmy to zaobserwować w opisanym przypadku.

Według piśmiennictwa tylko u 20% chorych z guzami neuroendokrynnymi współistnieją inne nowotwory. W przypadku naszego pacjenta mogliśmy obserwować tę rzadką koincydencję. Niestety brak objawów hormonalnie nieczynnego neuroendokrynnego guza trzustki spowodował, że został on rozpoznany już w stadium zaawansowania systemowego

ANALIZA WCZESNYCH WYNIKÓW RADYKALNEGO I PALIATYWNEGO LECZENIA OPERACYJNEGO PACJENTÓW Z RAKIEM ŻOŁĄDKA

M. Grabala¹, P. Malinowski², A. Żuk², P. Puskiewicz²

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Olsztyn

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Olsztyn

Rak żołądka (RŻ) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. Biorąc pod uwagę częstość zachorowań w Polsce (2010) zajmował 5 miejsce (M-mężczyźni) i 8 miejsce (K-kobiety). Pod względem zgonów uplasował się na 4 miejscu (M) i 6 miejscu (K). Złe rokowanie związane jest z rozpoznaniem nowotworu w zaawansowanych stadiach choroby. Jedyną metodą prowadzącą do wyleczenia chorych na RŻ jest radykalna resekcja polegająca na usunięciu żołądka z regionalną limfadenektomią i odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego. Takie leczenie może się wiązać z wieloma powikłaniami we wczesnym okresie pooperacyjnym, na których powstanie mają wpływ czynniki o różnej etiologii.

Cel pracy: Analiza wczesnych wyników radykalnego i paliatywnego leczenia operacyjnego oraz ich wpływu na przebieg hospitalizacji.

Metodyka: Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej z przebytego leczenia operacyjnego 118 pacjentów (69,5%-M) i (30,5%-K) z RŻ. Pacjenci byli hospitalizowani i operowani w naszym ośrodku w latach 2005-2014. Porównano wyniki obu grup pacjentów: leczonych radykalnie, z zamiarem wyleczenia (LR)-91 osób oraz leczonych paliatywnie – resekcjnie i z wytworzeniem zespolenia omijającego (LP)-27 osób.

Wyniki: Operowani pacjenci:118 (69,5% -M, 30,5% -K). Średnia wieku pacjenta: 65 lat (zakres 27 – 86).W grupie LR wykonano zabiegi totalnej (80) i subtotalnej (11) resekcji żołądka z limfadenektomią D2, w kilku przypadkach ze splenektomią lub resekcją wielonarządową. W grupie LP wykonano zabiegi wytworzenia zespolenia omijającego (17), subtotalnej (9) i totalnej resekcji żołądka (1). Odnotowano 6 zgonów w grupie LR (6,6%) vs 1 w grupie LP (3,7%), jak również dwukrotnie większy odsetek poważnych powikłań (chirurgicznych i niechirurgicznych), w LR 26(28%) vs LP 4(15%).Leczenia w OIT wymagali chorzy: w grupie LR 9(10%) vs LP 2(7%). Stwierdzono o 50% większe zużycie preparatów krwi na osobę w grupie LR. Żywnienie pozajelitowe stosowano u porównywalnego odsetka chorych w obu grupach. Średni czas hospitalizacji w LP był krótszy o 4 dni.

Wnioski: 1. Radykalne leczenie operacyjne RŻ wiąże się z dłuższą hospitalizacją większym ryzykiem zgonu i poważnych powikłań śród- i pooperacyjnych. 2. Przy kwalifikacji chorego do leczenia operacyjnego należy obok zaawansowania procesu chorobowego ocenić ryzyko zabiegu związane z jego rozległością oraz ze stanem ogólnym pacjenta.

OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA RAKA TARCZYCY W MATERIALE POOPERACYJNYM U PACJENTÓW OPEROWANYCH Z POWODU WOLA W LATACH 1996-2014 W KLINICE CHIRURGICZNEJ 4. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU.

D. Janczak¹, W. Pawłowski², A. Ziomek², T. Dorobisz², M. Chabowski¹

1 - Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu; 4. Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu - Klinika Chirurgiczna, Wrocław

2 - 4. Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu - Klinika Chirurgiczna, Wrocław

Rak tarczycy stanowi ok. 1% wszystkich nowotworów złośliwych, jest najczęstszym nowotworem układu endokrynnego. Kobiety chorują kilka razy częściej od mężczyzn, szczyt zapadalności przypada na 4-5 dekadę życia. Główne czynniki ryzyka to: promieniowanie jonizujące, niedobór jodu, tło dziedziczne i mutacje genetyczne. Największe znaczenie w leczeniu choroby ma doszczętny zabieg operacyjny, wsparty leczeniem uzupełniającym. W Polsce ok. 50% rozpoznań raka tarczycy następuje na podstawie pooperacyjnego badania histopatologicznego.

Cel pracy: Ocena wyników operacji wola pod kątem występowania raka tarczycy w materiale pooperacyjnym.

Metodyka: Analizowany materiał obejmuje chorych cierpiących na wole nadczynne, obojętne, jedno- lub wieloguzkowe, guzek bez wola, chorobę Graves-Basedowa. Po zakwalifikowaniu pacjentów na podstawie badań obrazowych i biopsji BAC, kontroli hormonów tarczycy i TSH oraz Wapnia, konsultacji laryngologicznej, po zapoznaniu pacjenta z wyczerpującym w informacji zabiegu formularzem świadomej zgody – wykonywano zabieg w znieczuleniu ogólnym. W Klinice wypracowano następujący schemat postępowania: pojedynczy guzek – lobektomia z cieśnią; wole wieloguzkowe – tyroidektomia totalna; przedoperacyjnie potwierdzone rozpoznanie raka tarczycy – tyroidektomia totalna z usunięciem okolicznych węzłów chłonnych. W trakcie zabiegów korzystano z neuronawigacji celem ujawnienia przebiegu nerwów krtaniowych. Analizowano historie chorób pacjentów oraz wyniki pooperacyjnego badania histopatologicznego. W klinice wykonuje się średnio 110 operacji tarczycy w ciągu roku.

Wyniki: W Klinice Chirurgicznej 4. WSK we Wrocławiu w latach 1996-2014 wykonano 2099 operacji tarczycy (1740 kobiet – 83% i 359 mężczyzn -17%). Diagnoza wstępna potwierdziła się w badaniu pooperacyjnym u 2001 chorych (95,3%), jednak u 98 chorych (4,6%) operowanych z powodu 'nienowotworowych' chorób tarczycy stwierdzono raka tarczycy w badaniu histopatologicznym po operacji. Warto zaznaczyć, że dla porównania w tym samym okresie jedynie 11 przypadków raka tarczycy rozpoznanego w BAC było tożsame z diagnozą pooperacyjną.

Wnioski: Należy dążyć do udoskonalania diagnostyki przedoperacyjnej raka tarczycy. Wynik BAC nie zawsze koresponduje z diagnozą pooperacyjną. Radykalne standardy operacyjne w chirurgii tarczycy dają szansę całkowitego usunięcia nierozpoznanego raka gruczołu tarczowego w sytuacji, gdy w diagnostyce przedoperacyjnej nie stwierdza się cech potencjalnie złośliwej zmiany w wolu.

WYNIKI RADYKALNEGO LECZENIA RAKA ODBYTNICY - W MATERIALE WŁASNYM 932 CHORYCH

M. Jankowski¹, M. Las-Jankowska¹, D. Bała¹, K. Tkaczyński¹, M. Tarczyński¹, A. Wiczolek², W. Zegarski¹

1 - Katedra Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Bydgoszcz

2 - Katedra Anatomii CM UMK, Bydgoszcz

Celem pracy jest analiza materiału własnego Kliniki Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Materiał: W latach 2001 - 2013 w Klinice Chirurgii Onkologicznej CM UMK zoperowano radykalnie 932 chorych z rakiem odbytnicy. 78% z nich miało radioterapię okołoperacyjną. Wszyscy chorzy byli w I-III stopniu zaawansowania wg WHO, przy czym najczęściej opisano III stopień zaawansowania (55%). 380 chorych zoperowanych do 3.2008 roku było w obserwacji minimum 5 lat. W tej grupie, u 223 chorych wykonano przednią resekcję odbytnicy, u 123 brzuszno - kroczone odjęcie odbytnicy.

Wyniki: W ciągu 5 letniej obserwacji, z 380 chorych zmarło 120 osób (40%). Średni czas przeżycia wyniósł 61 miesięcy. Odsetek całkowitych przeżyć 5 - letnich wyniósł 58%.

Wnioski: Rak odbytnicy, leczony w sposób skojarzony, jest uleczalny u większości chorych. Powodzenie leczenia jest uwarunkowane staranną diagnostyką i kwalifikacją przedoperacyjną. Wyodrębnienie czynników rokowniczych, może zaowocować poprawą wyników leczenia.

RESEKCJE WĄTROBY W ZACHODNIOPOMORSKIM CENTRUM ONKOLOGII - DOŚWIADCZENIA WŁASNE.

B. Kaczmarek¹, P. Krajewski¹

1 - Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Szczecin

W okresie od 01.01.2009 - 01.01.2015 na Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii wykonano 350 zabiegów chirurgicznych wątroby. W naszej pracy skupiliśmy się na zabiegach resekcyjnych wyłączając 35 termoablacji wątroby.

Cel pracy - wykazanie, że technika operacyjna ma wpływ na uszkodzenie wątroby w okresie pooperacyjnym a wyniki odległe są uzależnione od właściwego doboru zakresu resekcji.

Metodyka- analizowano 253 operacje zmian wtórnych u 237 chorych, u których wskazaniem do zabiegu były: zmiany wtórne w przebiegu raka jelita grubego u 224 operowanych i 16 reresekcji, raka nerki - 4, nowotworów neuroendokrynych -3, raka sutka -2 oraz czerniaka, raka trzustki, raka płuca i leiomyosarcoma macicy po 1 przypadku; oraz 62 operacje, do których wskazaniem były zmiany pierwotne- rak wątrobowokomórkowy (HCC)- 8, dróg żółciowych wewnątrzwątrobowych (CCC) u 4 operowanych oraz rak pęcherzyka żółciowego u 50. Resekcję R0 ogniska pierwotnego wykonano u 96% chorych, a 92% pacjentów przed zabiegiem otrzymywało chemioterapię według różnych schematów. Wykonano 149 dużych resekcji wątroby-(hemihepatektomie, hemihepatektomie poszerzone), 116 resekcji małych (wycięcie 1 lub 2 segmentów wątroby) oraz 50 resekcji nieanatomicznych. W przypadku dużych resekcji lub widocznych cech uszkodzenia pochemicznego wątroby stosowano izolowany, jednostronny manewr Pringle'a - umożliwiając dopływ krwi tętniczej do pozostawionego mięszu wątroby.

Wyniki: powikłania wczesne. Śmiertelność w przebiegu pooperacyjnym wynosiła 0,6 % (2 zgony). U jednego chorego zgon nastąpił z powodu zatorowości płucnej, u drugiego z powodu masywnego krwawienia w przebiegu ukrytej skazy krwotocznej. Inne pooperacyjne powikłania wczesne wystąpiły u 20% operowanych: zapalenie płuc u 8%, infekcje rany u 12% chorych. Przetokę żółciową wymagającą reoperacji stwierdzono u 1 operowanego a uszkodzenie dróg żółciowych u 1 chorej. Nie odnotowaliśmy przypadków ciężkiej niewydolności wątroby.

Wyniki odległe: jednoroczne przeżycie w analizowanej grupie chorych wynosi 88%, a 5 - letnie przeżycie 40 %. Reresekcji z powodu nawrotu choroby w wątrobie wymagało 16 chorych.

Wnioski: skrócenie czasu trwania manewru Pringle'a lub jego odpowiednie zastosowanie zmniejsza stopień uszkodzenia wątroby mierzony współczynnikiem de Ritis'a w okresie pooperacyjnym; przy właściwym doborze zakresu resekcji przeżywalność pacjentów jest na poziomie osiąganym przez renomowane ośrodki na świecie.

ONCOPLASTIC TECHNIQUES FOR CENTRALLY LOCATED BREAST TUMOURS - TECHNICAL AND ONCOLOGICAL CONSIDERATIONS.

J. Krupa¹, I. Michalakis¹, K. Lambert², E. Theodorakopoulou¹

1 - University Hospitals of Leicester, Dept of Breast Surgery, Leicester

2 - Kingston Hospital, Dept of Breast Surgery, Kingston-upon-Thames

Surgical management of centrally located tumours is challenging and often associated with poor cosmetic outcome due to loss of breast projection, nipple de-centralisation/deformity or need for nipple-areola complex excision. Oncoplastic techniques can help to overcome these problems and facilitate breast conservation. Different operative techniques, selection criteria and outcomes were analysed in this study. Material: Twenty four patients who underwent oncoplastic procedures for central breast cancers were included in the study. The techniques were divided into three categories: (1) mammoplasty-associated procedures (37.5%) : inferior pedicle (Wise pattern), superior pedicle with autoprosthesis + nipple reconstruction with local flap; lateral mammoplasty (2) periareolar approach (33.3%): Benelli round block technique, bat wing mammoplasty (3) rotational – advancement techniques (29.2%): Grisotti flap +/- E3 modification; rotational flap with periareolar mastopexy. Results: Radical cancer excision was achieved in 21 patients (87.5%) and mean tumour size was 22mm (range 11-38). Three cases of incomplete excision (12.5%) were managed with re-excision of margins (1 pt) or skin-sparing mastectomy and reconstruction with LD flap and implant (2 pts). Three patients (12.5%) received neoadjuvant chemotherapy. 1 patient developed partial skin necrosis (neo-NAC) after Grisotti flap. Symmetrisation procedures were performed in 7 (29%) patients. No recurrences were reported to date. Overall 95% patients rated their results as good to excellent (Breast Q). Conclusion: Oncoplastic procedures for central tumours can expand indications for breast conservation and are associated with high satisfaction rates.

FENOTYPOWA EKSPRESJA WYBRANYCH IZOENZYMOW DYSMUTAZY PONADTLENKOWEJ (SOD) JAKO ISTOTNEGO WSKAŹNIKA STRESU OKSYDACYJNEGO U CHORYCH Z RAKIEM GRUCZOŁOWYM ŻOŁĄDKA

J. Kurek¹, M. Brzozowa-Zasada², A. Piecuch², M. Michalski², B. Dziewit³, M. Gierek¹, E. Reichman-Warmusz², G. Wyrobiec², R. Wojnicz²

1 - SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Jaworzno

2 - Katedra i Zakład Histologii i Embriologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Zabrze

3 - Zakład Teorii Pola i Cząstek Elementarnych, Wydział Fizyki Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katowice

Wiele danych wskazuje na to, że w procesie kancerogenezy na obszarze przewodu pokarmowego- w tym żołądka- zaangażowane są wolne rodniki tlenowe. Brak równowagi pomiędzy ich generacją a zdolnościami antyoksydacyjnymi układu określa się mianem stresu oksydacyjnego. Jego wskaźnikiem w komórkach jest wzrost lub obniżenie aktywności enzymów tworzących mechanizm antyoksydacyjny. Najważniejszym z enzymów antyoksydacyjnych jest dysmutaza ponadtlenkowa (SOD) katalizująca reakcję dysmutacji anionorodnika ponadtlenkowego do nadtlenu wodoru. W organizmie SOD występuje w trzech postaciach: cytoplazmatycznej CuZnSOD, mitochondrialnej MnSOD oraz zewnątrzkomórkowej EC-SOD. O ile EC-SOD nie odgrywa roli w procesie kancerogenezy to taki wpływ wykazano dla CuZnSOD i MnSOD. Stąd też celem niniejszej pracy było określenie fenotypowej ekspresji MnSOD oraz CuZnSOD w błonie śluzowej żołądka wykazującej cechy gruczolakoraka.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę chorych operowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie z powodu pierwotnego raka gruczolowego żołądka. Analizę immunohistochemiczną przeprowadzono z użyciem przeciwciał SOD1 (nr kat. GTX100554) oraz SOD2 (nr kat. GTX116093) firmy GeneTex. Obecność zmiennych korelacji pomiędzy badanymi parametrami weryfikowano przy zastosowaniu testu studenta (Student's T-test) i testu chi kwadrat. Projekt badań uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach (uchwała 1/2013).

Wyniki: W tkance kontrolnej żołądka ekspresja MnSOD charakteryzowała się cytoplazmatycznym odczynem zwłaszcza w komórkach okładzinowych. Pozytywną reakcję stwierdzono także w większości (100 ze 130) przypadków pierwotnego raka gruczolowego żołądka. Analiza statystyczna wykazała wyższą ekspresję MnSOD w wycinkach tkankowych pochodzących od pacjentów z rozpoznaniem raka jelitowego i obecnością przerzutów do węzłów chłonnych. Z kolei CuZnSOD cechowała się rozproszoną ekspresją bądź cytoplazmatyczną, bądź jądrową. Pozytywną reakcję immunohistochemiczną o średnim i silnym nasileniu stwierdzono w 50% (65 ze 130) zmian nowotworowych. W wycinkach tkankowych pochodzących od pacjentów z przerzutami do węzłów chłonnych, inwazją do naczyń krwionośnych, limfatycznych oraz inwazją perineuralną stwierdzono statystycznie wyższą ekspresję CuZnSOD.

Wnioski: Zmianom nowotworowym błony śluzowej żołądka towarzyszą wyraźne zmiany aktywności izoenzymów SOD.

IMMUNOHISTOCHEMICZNA LOKALIZACJA MITOCHONDRIALNEJ IZOFORMY DYSMUTAZY PONADTLENKOWEJ (MNSOD) W ZMIENIONEJ NOWOTWOROWO BŁONIE ŚLIZOWEJ JELITA GRUBEGO

J. Kurek¹, M. Brzozowa-Zasada², A. Piecuch², M. Michalski², B. Dziewit³, J. Majewski¹, E. Reichman-Warmusz⁴, G. Wyrobiec⁴, R. Wojnicz⁴

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Jaworzno

2 - Katedra i Zakład Histologii i Embriologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Zabrze

3 - Zakład Teorii Pola i Cząstek Elementarnych, Wydział Fizyki Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Katowice

4 - Katedra i Zakład Histologii i Embriologii w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,, Zabrze

Nowotwory przewodu pokarmowego należą do najczęściej występujących typów nowotworów u ludzi. Liczne dane wskazują, że w ich powstawaniu uczestniczą wolne rodniki tlenowe, które wytwarzane w nadmiarze, przy niewydolności systemów antyoksydacyjnych przyczyniają się do inicjacji procesu nowotworowego na obszarze błony śluzowej jelita grubego. Jednym z kluczowych enzymów antyoksydacyjnych jest dysmutaza ponadtlenkowa (SOD) katalizująca reakcję dysmutacji anionorodnika ponadtlenkowego do nadtlenu wodoru. Badania wykazały, że zmiany aktywności cytoplazmatycznej (CuZnSOD) i mitochondrialnej (MnSOD) izoformy dysmutazy ponadtlenkowej są dość powszechnie obserwowane w wielu typach nowotworów. Ponadto, mogą one występować na różnych etapach zaawansowania choroby nowotworowej. Stąd też, celem niniejszej pracy było zbadanie fenotypowej ekspresji MnSOD u chorych ze zmianami nowotworowymi jelita grubego ze szczególnym uwzględnieniem zmian o charakterze gruczolakoraka.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 100 chorych operowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie z powodu pierwotnego raka gruczolowego jelita grubego. Analizę immunohistochemiczną przeprowadzono z użyciem przeciwciała SOD2 (nr kat. GTX116093) firmy GeneTex. Obecność zmiennych korelacji pomiędzy badanymi parametrami weryfikowano przy zastosowaniu testu studenta (Student's T-test) i testu chi kwadrat. Projekt badań uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach (uchwała 1/2013).

Wyniki: W prawidłowej błonie śluzowej jelita grubego ekspresja MnSOD w postaci silnego ziarnistego odczynu występowała w cytoplazmie komórek nabłonka powierzchniowego oraz w komórkach gruczolowych tworzących krypty jelitowe- szczególnie w ich częściach bazalnych. Średni stopień nasilenia ekspresji stwierdzono w blaszce mięśniowej błony śluzowej oraz w błonie mięśniowej. Ziarnisty odczyn o nasileniu średnim i mocnym stwierdzono także w komórkach nąpywowych czyli makrofagach i neutrofilach. W wycinkach tkankowych pacjentów z diagnozą histopatologiczną potwierdzającą obecność gruczolakoraka stwierdzono pozytywny odczyn cechował komórki nowotworowe, makrofagi oraz fibroblasty.

Wnioski: MnSOD jest kluczowym enzymem zaangażowanym w proces transformacji nowotworowej. Jego ekspresja jest wyraźnie zależna od stopnia zaawansowania klinicznego oraz zróżnicowania histologicznego.

ANALIZA PIERWSZEJ GRUPY CHORYCH Z RAKIEM ŻOŁĄDKA PODDANYCH BADANIU PŁYNU Z JAMY OTRZEWNEJ NA OBECNOŚĆ WOLNYCH KOMÓREK RAKA

R. Lisiecki¹, K. Pater², A. Spychała², A. Marszałek³, D. Murawa⁴

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie, Pleszew

2 - Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu, Poznań

3 - Zakład Patologii Nowotworów Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu, Poznań

4 - Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu; 2) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Poznań; Wrocław

Obecność wolnych komórek raka w jamie otrzewnej u pacjentów operowanych z powodu raka żołądka jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym i powoduje szybki nawrót choroby w postaci rozsiewu otrzewnowego.

Celem badania jest analiza czynników wpływających na pozytywny wynik cytologii otrzewnowej u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka żołądka.

Materiał i metody: Do badania kwalifikowano chorych z rakiem żołądka leczonych operacyjnie w Oddziale Chirurgii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. W trakcie laparotomii po otwarciu jamy otrzewnej w okolicę guza żołądka podawano 200 ml soli fizjologicznej o temperaturze 37 st.C. Po przemieszaniu tego płynu odzyskiwano 100 ml popłuczyn. Płyn ten poddawano wirowaniu uzyskując osad do badania cytologicznego i immunohistochemicznego z użyciem przeciwciała BerEp-4 i B72.3

Wyniki: Analizę płynu z jamy otrzewnej na obecność wolnych komórek raka wykonano u 42 pacjentów. Dodatni wynik cytologii otrzewnowej uzyskano u 11 pacjentów - 26,2%. W grupie pacjentów z pozytywnym wynikiem cytologii wszyscy pacjenci mieli stopień zaawansowania guza T3/T4 i u wszystkich stwierdzono przerzuty w węzłach chłonnych, natomiast stopień zróżnicowania raka G3 stwierdzono u 81,8% pacjentów. W grupie pacjentów z ujemnym wynikiem cytologii w stopniu zaawansowania guza T3/T4 było 75,8% pacjentów, zajęcie węzłów chłonnych stwierdzono u 67,8 % pacjentów, natomiast stopień zróżnicowania G3 stwierdzono u 64,5% pacjentów W grupie z dodatnim wynikiem cytologii dominował typ rozlany raka wg klasyfikacji Laurena (8 z 11 pacjentów), a proces nowotworowy zajmował cały żołądek (6 z 11 pacjentów), natomiast przy ujemnym wyniku cytologii dominował typ jelitowy raka (16 z 31 pacjentów) i nowotwór zlokalizowany był w części przedodźwiernikowej (21 z 31 pacjentów) U 11 z 42 pacjentów przed zabiegiem operacyjnym zastosowano chemioterapię neoadiuwantową, u 5 z tych pacjentów w trakcie zabiegu operacyjnego uzyskano obecność komórek raka w popłuczynach otrzewnowych (45,5%).

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonego badania czynnikami determinującymi pozytywny wynik cytologii otrzewnowej są cecha guza T3/T4, zajęcie węzłów chłonnych, stopień złośliwości G3, lokalizacja raka obejmująca cały żołądek, typ histologiczny – rozlany wg Laurena. Krótki czas obserwacji i niewielka grupa pacjentów nie pozwala na obecnym etapie na wyciągnięcie wniosków dotyczących wpływu pozytywnej cytologii na rokowanie pacjentów z rakiem żołądka.

AGE IS A PROGNOSTIC FACTOR IN ESOPHAGEAL AND GASTRIC CANCER SURGERYN. Lukavetsky¹

1 - Lviv Medical University, Lviv

The population older than 65 years constitutes the fastest-growing segment of the many developed countries. Elderly patients with cancer are significantly under-represented in all clinical trials, including in those for upper GI cancer.

Aims & Methods: The aim of this study is to detect age related prognostic factors of patients who underwent surgical treatment for esophageal and gastric cardia cancers. **Methods.** We compared 68 elderly (>65 year old) and 142 younger (<65year old) patients which was surgically treating in 2004-2006 years in our department. Tumours were retrospectively classified according to the Siewert classification. Tumor type and differentiation were classified according to WHO criteria. None of the patient received preoperative chemo and/or-radiotherapy. Several clinical and morphological parameters were compared in both groups. Survival rates were calculated according to the Kaplan–Meier method

Results: A careful review of elderly group showed that nonradical (R1) resection surgery rate was higher in contrast to younger group. Higher rate of Siewert 3 type of gastric cardia cancer in younger compared to elderly patients has been detected but elderly patients had an overall higher rate of infiltrative type of tumors (according to Borrmann classification) than younger. The median survival rate of patients after extended gastrectomy without thoracotomy was significantly lower than that of patients with extended gastrectomy with thoracotomy. The median survival rate of patients after gastrectomy or esophadectomy was significantly lower than that of patients with extended gastrectomy without thoracotomy.

Conclusion: However elderly patients have statistically significant better survival (median 20,2±2,2 month) compared with younger patients (median 15,4±3,5 month) radical surgery can be performed at acceptable risk in elderly patients ($p=0.03$). Extended gastrectomy with thoracotomy is the better choice of surgical treatment of gastric cardia cancer compared with standart abdominal gastrectomy.

RAK PŁASKONABŁONKOWY PRZEŁYKU PRZYPADKOWO STWIERDZONY W TRAKCIE KWALIFIKACJI DO PRZESZCZEPIONIA NERKI - OPIS PRZYPADKU

M. Makiewicz¹, M. Słodkowski¹, M. Wroński¹, Ł. Wysocki¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

U chorych kwalifikowanych do przeszczepienia nerek rutynowo wykonuje się diagnostykę w celu wykrycia utajonych zmian nowotworowych. Rak przełyku stanowi mniej niż 2% wszystkich nowotworów złośliwych, występuje u osób w starszym wieku i zwykle jest rozpoznawany w zaawansowanym stadium. Rzadko rak przełyku rozwija się u osób młodych, zwłaszcza poniżej 40 roku życia.

Opis przypadku: U 30-letniej chorej przewlekle leczonej dializami otrzewnowymi z powodu schyłkowej niewydolności nerek w przebiegu nefropatii rodzinnej wykonano ezofagogastroskopię w trakcie badań kwalifikacyjnych do przeszczepienia nerek. W badaniu endoskopowym stwierdzono guz przełyku położony na głębokości 30 cm od siekaczy. Chora nie miała żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. W TK nie było cech rozsiewu nowotworowego. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Wykonano subtotalne wycięcie przełyku metodą McKeowna. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Chorą wypisano ze szpitala w 16. dobie po operacji. W badaniu histopatologicznym rozpoznano raka płaskonabłonkowego G3 naciekającego błonę mięśniową przełyku (pT2N0cM0). 6 miesięcy od operacji chora jest bez cech nawrotu choroby nowotworowej i kontynuuje leczenie nerkozastępcze. Przez 5 lat nie może być kwalifikowana do przeszczepienia nerki.

Wnioski: Rutynowa diagnostyka podczas kwalifikacji do przeszczepienia nerek pozwala na wczesne wykrycie i radykalne onkologicznie leczenie nawet tak źle rokujących nowotworów jak rak przełyku.

HEMIKOLEKTOMIA PRAWOSTRONNA Z RESEKCJĄ KLINOWĄ ŻYŁY KREZKOWEJ GÓRNEJ - OPIS PRZYPADKU

M. Makiewicz¹, M. Wroński¹, M. Słodkowski¹, A. Krajewski¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Hemikolektomia prawostronna jest standardową operacją u chorych z rakiem wstępnicy. W celu uzyskania radykalności onkologicznej często konieczne jest poszerzenie zakresu resekcji o przylegające narządy. Dotychczas nie opisano hemikolektomii prawostronnej poszerzonej o wycięcie fragmentu żyły krezkowej górnej.

Opis przypadku: 41-letnia kobieta została przyjęta do szpitala z powodu guza wstępnicy powodującego podnierożność przewodu pokarmowego. Chora skarżyła się do kilku tygodni na bóle brzucha. W badaniu fizykalnym stwierdzono patologiczny opór w prawym śródbrzuszu. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niedokrwistość mikrocytarną. Markery nowotworowe Ca19-9 i CEA były w granicach normy. W USG był widoczny guz wielkości 75x43mm w prawym śródbrzuszu. W TK opisano pogrubiłą do 20 mm ścianę wstępnicy w okolicy zagięcia wątrobowego na długości około 10cm. Naciek nowotworowy dochodził do poziomego wyrostka haczykowatego trzustki. W RTG przeglądowym jamy brzusznej stwierdzono pojedyncze poziomy płynów w pętlach jelita cienkiego odpowiadające podnierożności przewodu pokarmowego. Zakwalifikowano chorą do przyspieszonej hemikolektomii prawostronnej. Śródoperacyjnie stwierdzono guz wstępnicy wielkości 10x10 cm przerastający pełną ścianę jelita, umiejscowiony 5cm nad zastawką Bauhina. Guz nowotworowy szerzył się wzdłuż naczyń okrężniczych i wciągał w naciek ścianę żyły krezkowej górnej. Wypreparowano żyłę krezkową górną poniżej i powyżej miejsca nacieku nowotworowego. Wykonano resekcję przedniej ściany żyły krezkowej górnej na odcinku 1 cm w bloku z guzem i prawa połową okrężnicy. Następnie żyłę zeszyto szwem ciągłym (Prolene 5-0) poprzecznie. Po zeszytciu przepływ przez żyłę prawidłowy. Odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego zespoleniem dwuwarstwowym koniec do boku. W badaniu histopatologicznym adenocarcinoma coli G2 – pT3,N1c,R0. Przebieg pooperacyjny powikłany odma opłucnowa prawostronna po założeniu wkłucia centralnego leczoną drenażem ssącym z dobrym efektem. Chorą wypisano w 16. dobie po operacji. Następnie poddano chorą chemioterapii adjuwantowej. W kontrolnym NMR po 3 miesiącach żyła krezkowa górna była drożna. 6 miesięcy po operacji chora jest bez cech nawrotu choroby.

Wnioski: Radykalne onkologicznie leczenie raka prawej połowy okrężnicy może wymagać resekcji fragmentu żyły krezkowej górnej.

CZY LECZENIE GRUCZOLAKORAKÓW JELITA GRUBEGO Z DOSTĘPU LAPAROSKOPOWEGO JEST TAK SAMO RADYKALNE I EFEKTYWNE JAK KLASYCZNY ZABIEG OPERACYJNY? PORÓWNANIE WYNIKÓW LECZENIA OPERACYJNEGO.

J. Maroszyk¹, R. Wojśław²

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Olsztyn

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Olsztyn

Postęp technologiczny, dokonujący się dziedzinie chirurgii dał możliwość mniej uciążliwej diagnostyki i minimalnie inwazyjnego leczenia operacyjnego. Praktycznie wszystkie narządy jamy brzusznej mogą być operowane metodą laparoskopową (ML). Niektóre ML, ze względu na stosunkowo łatwe wykonanie upowszechniły się do tego stopnia, że stanowią tzw. złoty standard w leczeniu danego narządu. Sformułowanie "złoty standard" nie odnosi się jednak do procedur miniinwazyjnych wykonywanych w chorobach nowotworowych jelita grubego. Wciąż istnieją dyskusje dotyczące radykalności i doszczętności, a co za tym idzie, wyników leczenia wynikających, ze stosowania tych metod. Liczne publikacje udowadniają istnienie korzyści, ze stosowania metod małoinwazyjnych w chirurgii kolorektalnej. Pomimo, że na świecie w wiodących ośrodkach odsetek wykonywanych operacji sięga nawet kilkudziesięciu procent, w Polsce ta liczba jest znacznie mniejsza.

Cel pracy: Ocena radykalności, chorobowości, czasu trwania procedury, długości hospitalizacji w leczeniu raków jelita grubego ML w porównaniu do metody klasycznej (MK).

Metodyka: Analiza miała charakter retrospektywny. Dane dotyczą 49 chorych leczonych w ciągu ostatnich 2 lat z potwierdzonym w badaniu hist.-pat. gruczolakorakiem. Wykluczeniem z ML było naciekanie struktur sąsiednich podczas kwalifikacji przedoperacyjnej. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, w której dla cech mierzalnych wyliczono średnią arytmetyczną, medianę, wartości minimalne i maksymalne.

Wyniki: Operowani chorzy byli w podobnym wieku. MK częściej operowano chorych z cechą T4, ale 16% chorych z tą cechą radykalnie leczono ML. U żadnego z tych chorych nie stwierdzono nacieku nowotworowego w linii cięcia, a mediana i średnia arytmetyczna usuniętych węzłów chłonnych była nieomalże taka sama. Różnica w czasach trwania zabiegu uzależniona była od rodzaju procedury. Brzuszo-kroczoowa, przednia i sekcyjna resekcja odbytnicy trwały krócej jeżeli były wykonywane MK, zaś prawo- i lewostronna hemikolektomia trwały krócej ML. Czas hospitalizacji był krótszy u chorych operowanych ML.

Wnioski: Operacyjne leczenie raka jelita grubego ML jest efektywną i bezpieczną metodą. Radykalność nie różniła się zasadniczo. Naciekanie nowotworu na sąsiednie struktury stanowi względne przeciwwskazanie do ML. Wysoki wskaźnik masy ciała czy przebyte laparotomie mogą utrudniać identyfikację struktur anatomicznych, ale nie dyskwalifikują a priori od leczenia ML.

LECZENIE CHIRURGICZNE RAKA PIERSI W I ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ WSZZ W PŁOCKU

M. Mądrecki¹, W. Klonowski², W. Sosnowski², M. Obrębski³, B. Morawski¹

1 - I Oddz. Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej WSzZ w Płocku, Płock

2 - I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej WSzZ w Płocku, Płock

3 - I Oddz. Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej WSzZ w Płocku, Płock

Cel pracy: Analiza dwóch grup leczonych operacyjnie z powodu raka piersi (w latach 1989-99 -I grupa, 2010-14- II grupa).

Materiał i metoda: Prospektywna analiza i prównanie grup pacjentów: wiek, stopień zaawansowania, rodzaj operacji.

Wyniki: W I grupie leczono 332 chorych w tym 2 mężczyzn (lata 1989-99), w II grupie 472 w tym 1 mężczyzna (lata 2010-14). Operowano chore od 29 do 84 lat, przeważały pacjentki o okresie pomenopauzalnym. W I grupie w wieku 40-49 lat, w II grupie 60-69 lat. W latach 1989-99 I i II stopień zaawansowania występował u 216 , a III-IV u 107 chorych, a w II grupie I i III u 391 , III i IV u 81 chorych. Od 2002 rozpoczęto leczenie oszczędzające pierś (BCT), w latach 2013-14 ten sposób leczenia wykonano u 101 na 191 operowanych. Od 2012 wprowadzono biopsję węzła wartowniczego (SLN) w 2014 takie leczenie zastosowano u 22 pacjentek.

Wnioski: 1) w porównywalnych okresach wzrosła ilość chorych operowanych o ok. 50%. 2) Leczono głównie chore w okresie pomenopauzalnym. 3) W latach 2010-14 operowano pacjentki z niższym stopniem zaawansowania (stosunek I i II stopnia do III i IV w latach 1989-99 wynosił 2:1, a w 2010-14 5:1) 4) Z każdym rokiem zwiększa się liczba operacji oszczędzających pierś (BCT) 5) Obecnie procedurę biopsji węzła chłonnego wartowniczego wykonujemy u ok. 20 % pacjentek z rakiem piersi.

WPŁYW MIKROPRZERZUTÓW STWIERDZONYCH W BIOPSI WĘZŁA WARTOWNICZEGO W RAKU OKRĘŻNICY NA PROGNOZĘ I PRZEŻYCIA

P. Nowaczyk¹, D. Murawa²

1 - Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

2 - Wielkopolskie Centrum Onkologii; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Poznań; Wrocław

Biopsja węzła wartowniczego (BWW) w raku okrężnicy (RO) wpływa na poprawę diagnostyki węzłów chłonnych (WCH) i poprawę oceny stopnia zaawansowania choroby, umożliwiając lepszą kwalifikację do leczenia adjuwantowego. Umożliwia stwierdzenie drobnych depozytów nowotworowych o wielkości < 2 mm (mikroprzerzuty), które świadczą o większym zaawansowaniu choroby.

Cel pracy: Celem tej pracy było określenie znaczenia prognostycznego mikroprzerzutów (MP) stwierdzonych w węzłach wartowniczych (WW) w RO.

Materiał i metody: Analizowano 100 BWW w RO z minimum 3-letnim okresem obserwacji. W grupie tej dokonano analizy przeżyć pacjentów bez przerzutów w WCH, z MP w WW oraz z makroprzerzutami. Dodatkowo analizowano progresję choroby w grupach nie otrzymujących standardowo leczenia adjuwantowego – u pacjentów bez przerzutów w WCH i z MP w WW. Do analizy statystycznej wykorzystano test log rank oraz test wskaźnika struktury.

Wyniki: Statystycznie istotną różnicę w przeżyciach stwierdzono porównując grupę bez przerzutów w WCH z grupą z MP i makroprzerzutami ($p=0,00273$). Bezpośrednie zestawienie grupy z MP z grupą bez przerzutów w WCH i z grupą z makroprzerzutami nie dało statystycznie istotnych różnic w przeżyciach (odpowiednio $p=0,66018$ i $p=0,16146$). W analizie percentyli funkcji przeżycia stwierdzono, że włączenie pacjentów z MP do grupy chorych z makroprzerzutami wpłynęło na wydłużenie przeżyć w tej grupie. W analizowanym okresie 3/65 (4,62%) chorych bez przerzutów w WCH uległo progresji w porównaniu z 2/6 (33,33%) chorych z MP w WW. Ta różnica okazała się statystycznie istotna ($p=0,0084$).

Omówienie: Stwierdzenie MP w WW, przy aktualnym braku wskazań do terapii adjuwantowej w tej grupie chorych, powinno wpłynąć na zwiększenie czujności onkologicznej – grupa ta statystycznie istotnie częściej ulega progresji choroby (rozumianej w kategoriach wznowy miejscowej i przerzutów odległych) w porównaniu z chorymi bez przerzutów w WCH. Jednocześnie ze względu na wielkość przerzutów rokowanie w tej grupie jest lepsze niż u chorych z makroprzerzutami.

KOSTNIEJĄCE ZAPALENIE MIĘŚNIA CZWOROGŁOWEGO UDA O KLINICZNYM PRZEBIEGU MIĘSAKA JAKO PROBLEM DIAGNOSTYCZNY I LECZNICZY – OPIS PRZYPADKU

P. Nowaczyk¹, D. Murawa²

1 - Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

2 - Wielkopolskie Centrum Onkologii; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Poznań; Wrocław

Kostniejące zapalenie mięśni szkieletowych, myositis ossificans (KZMS) zaliczyć można do zmian określanych jako pseudomięsaki. Jest to heterogenna grupa guzów tkanek miękkich, które poprzez szybki wzrost, wielokomórkowość, atypię komórkową i aktywność mitotyczną mogą naśladować mięsaki. KZMS zwykle powiązane jest z urazem szczególnie dużych grup mięśniowych, rzadziej przeciążeniem i dotyczy zwykle populacji młodych, aktywnych fizycznie mężczyzn. Istnieją również typy uwarunkowane genetycznie, występujące w przebiegu oparzeń, schorzeń neurologicznych czy hemofilii. Patogeneza KZMS polega na wydłużonej obecności makrofagów w pourazowo zmienionej tkance, które uwalniają osteogenne czynniki. Obraz kliniczny KZMS może prowadzić do błędnej interpretacji w kierunku złośliwych nowotworów, dlatego postawienie ostatecznego rozpoznania i wdrożenie właściwego leczenia wymaga współpracy wielospecjalistycznego zespołu

Opis przypadku:

Chora lat 20, cierpiąca z powodu silnych dolegliwości bólowych prawego uda, początkowo kilka razy zgłaszająca się do Oddziałów Ratunkowych. Początkowo ze wstępnym rozpoznaniem przecięcia kończyny dolnej zalecano odpoczynek i stosowanie leków z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Następnie, przy braku skuteczności leczenia zachowawczego i zobrazowaniu w badaniu USG zmiany guzowatej skierowana została do ośrodka onkologicznego. Po poszerzeniu diagnostyki przeprowadzono otwartą biopsję zmiany, która wykazała obecność KZMS. Ze względu na ograniczony charakter procesu i uformowany, twardy guz chora została zoperowana (zmiana usunięta), a następnie rehabilitowana. Badania kontrolne po zakończonej rehabilitacji nie wykazały obecności patologicznej zmiany w obrębie uda.

Omówienie: KZMS jest rzadko rozpoznawaną jednostką chorobową. Dotyczy najczęściej kończyn, rozwija się najczęściej jako wynik urazu. Przed postawieniem ostatecznego rozpoznania i zastosowaniem terapii niezbędna jest pełna ocena kliniczna, radiologiczna i histopatologiczna. Nie ma opracowanych metod leczenia KZMS. Doświadczenie kliniczne nakazuje w przypadku wystąpienia urazu wdrożenie postępowania zgodnie z regułą RICE (odpoczynek, schłodzenie, uciśnięcie, elewacja kończyny) i stosowanie NLPZ, a w razie braku skuteczności metod zachowawczych, operacyjne usunięcie zmiany

WPŁYW MAPOWANIA LIMFATYCZNEGO Z WYKORZYSTANIEM NIEBIESKIEGO BARWNIKA W RAKU OKRĘŻNICY NA JAKOŚĆ BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

P. Nowaczyk¹, D. Murawa²

1 - Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

2 - Wielkopolskie Centrum Onkologii; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Poznań; Wrocław

Standardem w badaniu histopatologicznym preparatu jelita grubego jest ocena minimum 12 węzłów chłonnych (WCH). Mały rozmiar większości przerzutowych WCH utrudnia ich identyfikację patologowi. Ułatwieniem w tej kwestii może być procedura mapowania limfatycznego przy użyciu niebieskiego barwnika – wyznakowaniu ulegają drogi chłonne i stacje węzłowe, ułatwiając patologowi analizę i pobieranie WCH z preparatu pooperacyjnego.

Cel pracy: Celem pracy była ocena wpływu biopsji węzła wartowniczego (BWW) w raku okrężnicy na jakość badania histopatologicznego poprzez analizę ilości WCH zbadanych w preparacie z resekcji.

Metodyka: Przeanalizowano retrospektywnie grupę 218 chorych w klinicznym I i II stadium raka okrężnicy, operowanych w Wielkopolskim Centrum Onkologii w latach 2006 – 2013. W tej grupie u 110 chorych wykonano biopsję węzła wartowniczego z wykorzystaniem niebieskiego barwnika – Patent Blue (grupa 1), pozostałych 108 chorych operowano bez wykonywania tej procedury (grupa 2). Wszyscy pacjenci operowani byli w sposób klasyczny, z wykonaniem resekcji en-block guza z marginesem tkanek zdrowych i układem chłonnym krezki. Porównaniu przy wykorzystaniu testu t-studenta oraz testu wskaźnika struktury uległa liczba WCH ocenionych w preparatach w obu grupach.

Wyniki: W grupie 1 średnio w preparacie zbadano 14,31 WCH, powyżej 12 węzłów badając u 68,18%. W grupie 2 w preparacie zbadano średnio 12,47 WCH - u 51,85% (56/108) chorych zbadano 12 lub więcej węzłów. Wykazano statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami w zakresie średniej ilości badanych WCH ($p=0,027$) oraz odsetka >12 przebadanych w preparacie WCH ($p=0.0138$).

Wnioski: Podanie niebieskiego barwnika wykorzystywanego do biopsji węzła wartowniczego w istotny sposób wpływa na jakość procedury z onkologicznego punktu widzenia, poprzez zwiększenie w statystycznie istotny sposób średniej ilości ocenianych węzłów w preparacie oraz odsetka chorych z przebadanymi minimum 12 węzłami. Wykonanie BWW wpływa więc na poprawę oceny stopnia zaawansowania raka okrężnicy.

WPLYW POWIKLAŃ POOPERACYJNYCH NA WYNIKI LECZENIA I REKONWALESCENCJĘ PO LAPAROSKOPOWYCH OPERACJACH RAKA JELITA GRUBEGO W POŁĄCZENIU Z PROTOKOŁEM ERAS

M. Pędziwiatr¹, A. Grzesiak-Kuik¹, J. Rogala¹, M. Pisarska¹, M. Matłok¹, M. Kisialewski¹, P. Major¹, M. Jakiel¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Wprowadzenie laparoskopii i protokołu ERAS do powszechnej praktyki klinicznej pozwala na redukcję powikłań pooperacyjnych, które nie są możliwe do całkowitego wyeliminowania. Ma to o tyle znaczenie, że ich wystąpienie może wpływać na późne wyniki leczenia, rekonwalescencję chorych i decyzję o leczeniu uzupełniającym. Celem pracy było określenie wpływu powikłań pooperacyjnych na rekonwalescencję po w 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym

Metodyka: Badaniem objęto grupę 67 chorych u których wykonano radykalną laparoskopową resekcję jelita grubego z powodu raka, a w okresie okołoperacyjnym zastosowano protokół opieki okołoperacyjnej ERAS. Podczas wizyty kontrolnej w 6 miesięcy po zabiegu dokonano oceny powrotu do pełnej aktywności przy pomocy kwestionariusza składającego się z 17 standaryzowanych pytań. Z badania wyłączono chorych leczonych nieradykalnie, po konwersji oraz pacjentów, którzy nie wyrazili zgody na udział w badaniu.

Wyniki: W analizowanej grupie powikłania wystąpiły u 22 (33%) chorych. U 13 (59,0%) chorych wystąpiły powikłania w st. I w skali Clavien-Dindo, u 4 (18,2%) w stopniu II, a u 5 (22,8%) w stopniu III. W 6 miesięcy po zabiegu w grupie chorych powikłanych istotnie częściej występowały zaburzenia wypróżniania (68% vs. 41%), pogorszenie funkcji przewodu pokarmowego (22% vs. 11%) oraz epizody bólu (41% vs. 23%). Mieli oni również większy poziom odczuwanego zmęczenia (55% vs 41%), większe trudności w zasypianiu (38% vs. 23%) i powrocie do pełnej aktywności (50% vs. 75%). Zaobserwowano, że chociaż w grupie chorych, u których wystąpiły powikłania nie wpłynęły one na decyzję o leczeniu uzupełniającym, częściej jednak obserwowano średnie i ciężkie skutki uboczne chemioterapii adjuwantowej (43% vs. 25%).

Wnioski: Wystąpienie powikłań po laparoskopowych operacjach kolorektalnych w połączeniu z zastosowaniem protokołu ERAS wpływa na stopień rekonwalescencji w 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym. Mimo, że nie odnotowano wpływu na decyzję o leczeniu uzupełniającym zaobserwowano, że chorych z powikłaniami gorzej tolerują uzupełniającą chemioterapię

OCENA MOŻLIWOŚCI REALIZACJI PROTOKOŁU ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) U PACJENTÓW W IV STOPNIU ZAAWANSOWANIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ JELITA GRUBEGO WG AJCC

M. Pisarska¹, M. Pędziwiatr¹, M. Matłok¹, P. Major¹, M. Kisialewski¹, M. Natkaniec¹, M. Wierdak¹, M. Migaczewski¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Większość badań, które dowodzą skuteczności wprowadzenia protokołu Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) w chirurgii kolorektalnej dotyczy chorych z chorobą łagodną lub miejscowo zaawansowanym rakiem jelita grubego. Niewiele wiadomo natomiast o możliwości i wynikach jego stosowania wśród pacjentów w IV stadium zaawansowania wg American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Cel: Celem pracy jest ocena możliwości realizacji protokołu ERAS i jego wpływu na wyniki leczenia u pacjentów z IV stopniem zaawansowania choroby nowotworowej jelita grubego wg AJCC.

Metodyka: Prospektywną analizą objętych zostało 188 kolejnych pacjentów poddanych laparoskopowej resekcji jelita grubego z powodu raka w II Katedrze Chirurgii Ogólnej UJ CM w okresie od stycznia 2012 do lutego 2015 roku. Podzielono ich na dwie grupy w zależności od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Grupę 1 stanowili pacjenci w stopniu I-III, grupę 2 w IV stopniu zaawansowania. Grupy porównano pod względem czynników demograficznych, operacyjnych, czasu pobytu w szpitalu, powikłań, ponownych przyjęć, stopnia realizacji protokołu ERAS, a także rekonwalescencji.

Wyniki: Grupę 1 stanowiło 168, a grupę 2 – 20 chorych. Nie odnotowano różnic pomiędzy grupami dotyczących wieku, płci, BMI, stopnia ASA lokalizacji nowotworu oraz parametrów operacyjnych. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic pod względem częstości powikłań (26.8% vs 20%, $p=0.51344$), czasu pobytu po zabiegu (4.7 vs 5.7 dni, $p=0.28228$), a także ponownych przyjęć do szpitala (6% vs 10%, $p=0.48392$). Procent realizacji protokołu ERAS w grupie 1 i 2 wynosił odpowiednio 86.3% i 83.0% ($p=0.17158$). Realizacja poszczególnych elementów protokołu była porównywalna w obu grupach. Zużycie opioidów (36.9% vs 25%, $p=0.29339$), tolerancja doustnej diety (72% vs 60%, $p=0.26385$) i uruchomienie (87.5% vs 75%, $p=0.12582$) w pierwszej dobie pooperacyjnej nie różniły się pomiędzy grupami.

Wnioski: Realizacja protokołu ERAS wśród pacjentów w IV stopniu zaawansowania jest możliwa na podobnym poziomie jak w grupie I-III wg AJCC. Połączenie opieki okołoperacyjnej tego typu z chirurgią minimalnie inwazyjną pozwala na osiągnięcie podobnych wyników leczenia, a szybkość rekonwalescencji nie odbiega istotnie od tego prezentowanego w grupach o niższym stopniu zaawansowania.

WYNIKI BIOPSJI WĘZŁA WARTOWNICZEGO U CHORYCH Z RAKIEM GRUCZOŁU PIERSIOWEGO W 10 LETNIM MATERIALE WŁASNYM

J. Rać¹, P. Kabziński¹, M. Chabowski², T. Dorobisz¹, W. Pawłowski¹, D. Janczak²

1 - 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław

2 - 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich Wrocław, Wrocław

Integralną częścią chirurgicznego leczenia raka piersi jest ocena stanu regionalnych węzłów chłonnych. U kobiet u których węzły chłonne są niepowiększone stosuje się ocenę regionalnych węzłów chłonnych za pomocą badania węzła chłonnego wartowniczego.

Cel: Dysponując materiałem 258 pacjentek z pierwotnie operacyjnym rakiem piersi zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego z zastosowaniem biopsji węzła wartowniczego(WW) w latach 2004-2014 wyznaczono następujące cele pracy jako podsumowanie 10 letniego doświadczenia: 1. ocena czułości i swoistości biopsji WW w raku piersi oznaczanego pojedynczą metodą radioizotopową 2. analiza czynników pod kątem uzyskanych wyników biopsji węzła wartowniczego 3. analiza czynników klinicznych i histopatologicznych predysponujących do zajęcia WW przez komórki nowotworowe 4. analiza wyników fałszywie ujemnych, 5. ocena wyników leczenia raka piersi na podstawie biopsji WW

Metodyka: Wszystkie pacjentki zakwalifikowane do leczenia operacyjnego z powodu raka piersi z biopsją WW zostały poddane limfoscyntygrafii przy użyciu izotopu technetu 99m, preparat Nanocoll. Identyfikację i biopsję WW wykonywano przy pomocy przenośnej gamma kamery Neo2000 Gamma.

Wyniki: Uzyskano następujące wyniki: 1. czułość metody-100%, swoistość 94,6%. 2. Dzień oznaczenia WW, rodzaj zabiegu przed nie miały wpływu na wyniki fałszywie dodatnie. Nie stwierdzono zależności pomiędzy liczbą wyciętych WW a wynikami fałszywie dodatnimi. Natomiast dla dużej liczby wyciętych węzłów chłonnych poza WW istotnie częściej potwierdzaliśmy wyniki fałszywie ujemne od prawdziwie dodatnich. Doświadczenie chirurga nie miało wpływu na ilość wyników fałszywie ujemnych. 3. Dla obecności receptora estrogenowego potwierdzono zależność pomiędzy wynikami prawdziwie ujemnymi i dodatnimi 4. Wyniki fałszywie ujemne uzyskano w 4 (5,5%) przypadkach. 5. W badanej grupie pacjentek, poddanych wyłącznie biopsji WW, stwierdzono w 3 (1,2%) przypadkach wznowę węzłową w dole pachowym.

Wnioski: 1. Technika oznaczania WW w raku piersi przy użyciu radioizotopu jest techniką przydatną i dobrą. 2. Czynnikiem wpływającym na uzyskane wyniki biopsji WW (wyniki prawdziwie dodatnie i ujemne oraz fałszywie ujemne) była ilość wyciętych węzłów chłonnych poza WW. 3. Pacjentki z ekspresją receptora estrogenowego częściej miały przerzuty nowotworowe do WW 145-56% 4. Odsetek wyników fałszywie ujemnych był na granicy dopuszczalności i wyniósł 5,5 % (4/72)

WCZESNE WYNIKI LECZENIA CHORYCH Z IZOLOWANYMI PRZERZUTAMI DO OTRZEWNEJ PRZY POMOCY ZABIEGÓW CYTOREDUKCYJNYCH W POŁĄCZENIU Z CHEMIOTERAPIĄ DOOTRZEWNOWĄ W HIPERTERMII (HIPEC)

P. Richter¹, A. Zygulska², Ł. Bobrzyński¹, P. Basta¹, P. Bachul¹, P. Karcz¹, J. Kulig¹, W. Nowak³

1 - I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej UJCM, Kraków

2 - Katedra i Klinika Onkologii UJCM, Kraków

3 - III Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków

Zabiegi cytoredukcyjne w połączeniu z HIPEC są coraz częściej stosowaną formą leczenia chorych z wewnątrzotrzewnowym procesem nowotworowym śluzaka i międzybłoniaka otrzewnej, raka jajnika, oraz u wybranych chorych z izolowanymi przerzutami do otrzewnej w przebiegu raka okrężnicy, odbytnicy i żołądka. Bezwzględny przeciwwskazaniem do procedury HIPEC są przerzuty poza jamą brzuszną i/lub nieresekcyjne przerzuty w wątrobie.

Cel pracy: Analiza wczesnych wyników leczenia cytoredukcyjnego z HIPEC (41-42 stopni C).

Metodyka: Do badania włączono 13 chorych w wieku 26-59 lat z izolowanymi przerzutami do otrzewnej, operowanych w latach 2011-2015 w I oraz III Klinice Chirurgii Ogólnej UJCM w Krakowie. W sześciu przypadkach punktem wyjścia nowotworu był jajnik, w pięciu jelito grube, w dwóch przypadkach zmiana miała charakter śluzaka otrzewnej. W przypadku chorych na raka jajnika i jelita grubego celem postępowania było leczenie nawrotu choroby, w przypadku śluzaka otrzewnej leczenie miało charakter pierwotny. Chorych kwalifikowano na podstawie wyników badań obrazowych (TK, PET-TK) oraz na podstawie laparoskopii diagnostycznej z oceną prawdopodobieństwa zabiegu radykalnego w klasyfikacji Sugarbaker'a (peritoneal cancer index - PCI). Analizowano powikłania chirurgiczne (krwawienie, niedrożność, przetoka jelitowa oraz trzustkowa) oraz anestezyjologiczne (niewydolność krążeniowo-oddechowa, niewydolność nerek), konieczność ponownej interwencji chirurgicznej, powikłania chemioterapii dootrzewnowej, czas hospitalizacji.

Wyniki: U 11 chorych (85%) osiągnięto pełną cytoredukcję. U 2 chorych (15%) ze śluzakiem otrzewnej uzyskano cytoredukcję w stopniu CC2. Średni czas hospitalizacji wynosił 27,8 dni (8-62 dni). W analizowanym materiale stwierdzono powikłania u 6 chorych : 3- przetoka jelitowa (23%), 1- niedrożność zrostowa (8%), 2-ropienie rany pooperacyjnej (15%), 1-przestrzeń płynowa (8%). Pooperacyjną niedrożność leczono operacyjnie. Pozostałe powikłania leczono zachowawczo (TPN, przedłużony drenaż). W jednym przypadku (8%) wystąpił zgon na skutek niewydolności krążeniowo-oddechowej. Nie obserwowano powikłań wczesnych związanych z toksycznością podanych cytostatyków.

Wnioski: Zabiegi cytoredukcyjne z HIPEC stanowią alternatywną metodę leczenia chorych z izolowanymi przerzutami do otrzewnej. Ścisłe kryteria kwalifikujące są decydującym czynnikiem w uzyskaniu korzystnych wyników leczenia przy relatywnie niskim odsetku wczesnych powikłań okołoperacyjnych.

DYSTRYBUCJA NACZYŃ CZŁONNYCH W RAKU ŻOŁĄDKA W ZALEŻNOŚCI OD STADIUM ZAAWANSOWANIA (STADIA I-IV)

J. Rudno- Rudzińska¹, R. Tarnawa¹, W. Hap¹, E. Frejlich¹, K. Kotulski¹, A. Hałoń², P. Donizy³, W. Kielan¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

2 - Katedra i Zakład Patomorfologii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

3 - Katedra i Zakład patomorfologii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Proces limfangiogenezy w rakach nie jest procesem dobrze poznany. Tworzenie nowych naczyń chłonnych zachodzi pod wpływem czynników wzrostowych VEGF C oraz VEGF D. Działając poprzez receptor VEGF R3 promują tworzenie naczyń. Markerem naczyń chłonnych użytym w badaniach jest D2-40.

Cel: Badania przeprowadzono w celu ustalenia zależności pomiędzy procesem limfangiogenezy a stadium zaawansowania raka żołądka.

Metodyka: W badaniach wykorzystano materiał histopatologiczny pochodzący od pacjentów operowanych w II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu w latach 1997-2006. Po wcześniejszym przygotowaniu oznaczano czynniki VEGF C, VEGF D, VEGF R3 i D2-40. Wybarwione preparaty oglądano pod mikroskopem w powiększeniu 1x200. Do liczenia naczyń chłonnych wykorzystano technikę „hot- spot”. Preparat podzielono na dwa przedziały: wewnątrz guza oraz pogranicze guza.

Wyniki: W wykonanych badaniach nie stwierdzono zależności pomiędzy stadium raka żołądka a markerami VEGF C, VEGF D i VEGF R3. Można zauważyć wzrost gęstości naczyń chłonnych wewnątrz guza w zależności od stadium nowotworu w stadiach I- III i zmniejszenie ich gęstości w stadium IV.

Wnioski: Związek pomiędzy procesem limfangiogenezy pozostaje niejasny i wymaga dalszych badań na większej grupie pacjentów.

WYNIKI LECZENIA SKOJARZONEGO MIĘSAKÓW PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ

P. Rutkowski¹, W. Dziewirski¹, M. Zdzienicki¹, A. Pieńkowski¹, T. Goryń¹, M. Sałamacha¹, T. Morysiński¹, M. Szacht¹

1 - Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Warszawa

Leczenie mięsaków przestrzeni zaotrzewnowej (MPZ) stanowi nadal istotne wyzwanie chirurgiczne. Ze względu na skomplikowane stosunki anatomiczne uzyskanie rozległych marginesów często nie jest możliwe, a najczęstszym mechanizmem nawrotu tych nowotworów jest wznowa miejscowa. Dołączenie radioterapii może poprawiać kontrolę miejscową, tak jak ma to miejsce w leczeniu mięsaków w innych lokalizacjach. Celem pracy była retrospektywna jednoośrodkowa analiza wyników leczenia MPZ o długim okresie obserwacji.

Materiały i Metody: Analizie poddano 125 chorych na MPZ leczonych chirurgicznie z intencją wyleczenia w okresie 2001-2012, mediana wieku wyniosła 53 lata. Mediana wielkości guza nowotworowego wyniosła 15 cm, większość stanowiły tłuszczakomięsaki (62%) i większość MPZ było w wysokim stopniu złośliwości histologicznej (54%). Jedynie 35% stanowiły pierwotne MPZ, pozostali chorzy mieli wznowę miejscową po nieradykalnym leczeniu chirurgicznym poza naszym ośrodkiem. U 57% chorych zastosowano uzupełniającą radioterapię okołooperacyjną (38% z pól zewnętrznych, 45% brachyterapię).

Wyniki: Resekcję R0 wykonano u 65% chorych. Odsetek 5-letnich przeżyć całkowitych (OS) wyniósł 70%, odsetek 5-letnich przeżyć wolnych od nawrotu miejscowego choroby (LRFS) 50%, przy czym odsetek OS i LRFS ten był istotnie większy dla pierwotnych MPZ w porównaniu z nawrotowymi, odpowiednio 77% vs 45% i 65% vs 24% ($p < 0,001$). Kontrola miejscowa (LRFS) była istotnie lepsza dla chorych otrzymujących uzupełniającą radioterapię okołooperacyjną 50% w porównaniu z 20% ($p < 0.0001$) [Fig.1], wpływ radioterapii był szczególnie istotny w grupie z nawrotowymi MPZ. Większość chorych (93%) zostało poddanych resekcji wielonarządowej (najczęściej usuwano nerkę, na drugim miejscu okrężnicę).

Wnioski: Wyniki pracy potwierdzają, że dobre wyniki leczenia MPZ można osiągnąć jedynie w przypadku pierwotnych mięsaków poddanych rozległym operacjom wielonarządowym w wyspecjalizowanych ośrodkach. Jednocześnie przedstawiona retrospektywna analiza potwierdza istotną rolę uzupełniającej radioterapii w celu poprawy kontroli miejscowej. Obecne badania koncentrują się nad zastosowaniem leczenia skojarzonego chirurgii wielonarządowej z radioterapią przedoperacyjną w MPZ. Prowadzone również w Polsce badanie Grupy Mięsakowej EORTC STRASS pozwoli na ostateczne ustalenie, czy leczenie takie będzie stanowić standard postępowania w leczeniu MPZ.

WYNIKI ODLEGŁE BIOPSJI WĘZŁA WARTOWNICZEGO U CHORYCH NA CZERNIAKI SKÓRY

P. Rutkowski¹, K. Szydłowski², A. Pieńkowski¹, M. Sałamacha¹, T. Goryń¹, B. Mitreęga-Korab¹, A. Szymborska¹, Z. Nowecki¹, W. Dziewirski¹, M. Zdzienicki¹

1 - Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa

2 - Wojewódzki Szpital Zespolony, Elbląg

Biopsja węzła wartowniczego (BWW) u chorych na czerniaki skóry jest podstawową metodą oceny stopnia zaawansowania we wszystkich przypadkach ogniska pierwotnego $\geq pT1b$. Standardową techniką jest tzw. metoda potrójna z zastosowaniem limfoscyntygrafii przedoperacyjnej, limfografii z barwnikiem i oceną śródoperacyjną ręczną gamma-kamerą.

Metody: Analizie poddano grupę 1764 chorych na czerniaki skóry, u których w latach 1997-2008 wykonano BWW. Dodatkowo analizowano grupę 473 chorych ze stwierdzonym przerzutem do WW (WW+) poddanych uzupełniającej radykalnej limfadenektomii (CLND). Mediana okresu obserwacji wyniosła ponad 5 lat.

Wyniki: Przerzuty do węzłów wartowniczych (WW) stwierdzono u 19,9%, na podstawie regresji logistycznej stwierdzono, że najważniejszymi czynnikami wpływającymi na obecność przerzutów do WW jest owrzodzenie ogniska pierwotnego, stopień IV/V wg Clarka i płeć męska. 8-letnie całkowite przeżycia (OS) w całej grupie chorych wyniosły 73,5%, 80% w grupie bez przerzutów do WW, a 50% w grupie z przerzutami do WW ($p < 0,001$). Istotne czynniki wpływające negatywnie na przeżycia odległe w analizie wieloczynnikowej to obecność przerzutu do WW, owrzodzenie ogniska pierwotnego i większy od 5/mm² indeks mitotyczny ogniska pierwotnego. Nawroty (fałszywie ujemny wynik BWW) w spływie chłonnym wyniosły 5,9%. Obecność przerzutów do pozawartowniczych węzłów chłonnych (PWW) korelowała z grubością ogniska pierwotnego >4 mm, wielkością przerzutu do WW >1 mm i obecnością nacieku pozatorebkowego w WW. W dodatkowo analizowanej grupie WW+ obecność przerzutów do PWW była związana z gorszym rokowaniem (8-letnie OS PWW- vs PWW+: 59,6% vs 34,7%). Niezależne czynniki rokownicze dla OS w grupie WW+ to większa grubość (wg Breslowa) i owrzodzenie ogniska pierwotnego, przerzuty do >1 węzła chłonnego.

Wnioski: Odległe wyniki potwierdzają najważniejsze znaczenie prognostyczne BWW u chorych na czerniaki skóry oraz pozwalają na identyfikację czynników związanych z obecnością przerzutów do węzłów pozawartowniczych, co w przyszłości może ograniczyć wskazania do wykonywania uzupełniającej LND.

PODSKÓRNA MASTEKTOMIA Z JEDNOCZASOWĄ REKONSTRUKCJĄ ENDOPROTEZĄ W RAKU GRUCZOŁU PIERSIOWEGO.

M. Rząca¹, R. Czarnecki², Z. Obuszko², W. Witkiewicz², M. Zawadzki²

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

W związku z wprowadzeniem przesiewowych programów profilaktycznych oraz rozpowszechnieniem badań genetycznych wzrasta zainteresowanie kobiet, chorych na raka gruczołu piersiowego zabiegami pozwalającymi zachować pierś. Jedną z takich metod jest podskórna amputacja gruczołu piersiowego z jednoczasową rekonstrukcją przy użyciu endoprotez piersiowych.

Cel: Celem pracy jest analiza efektów przeprowadzonych zabiegów podskórnej mastektomii z rekonstrukcją.

Metodyka: W latach 2004-2014 w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu leczono 1585 kobiet chorych na raka gruczołu piersiowego. 85 z nich poddano podskórnej amputacji gruczołu piersiowego z jednoczasową rekonstrukcją z użyciem endoprotez. Do operacji kwalifikowano kobiety z rakiem wieloogniskowym, szeroko rozprzestrzeniającym się rakiem przedinwazyjnym i nosicielstwem mutacji genowej BRCA1/2. W planowaniu leczenia uwzględniano też stosunek wielkości guza do wielkości piersi, przeciwskazania do radioterapii oraz preferencje chorych. W technice operacyjnej stosowano zarówno zabiegi z oszczędzeniem jak i wycięciem kompleksu otoczka-brodawka. W większości przypadków umiejscawiano protezę pod mięśniem piersiowym. W 2 przypadkach zastosowano dedykowane siatki syntetyczne. Stosowane były protezy silikonowe okrągłe i anatomiczne oraz ekspanderoprotezy.

Wyniki: Dobre wyniki kosmetyczne w ocenie chorej i operatora uzyskano w 75 % przeprowadzonych operacji. Dotyczyło to szczególnie kobiet, u których zachowano kompleks otoczka-brodawka (65 kobiet). Powikłania pooperacyjne wystąpiły w 8,4% przypadków. Były to krwiaki -3,6%, infekcje-2,4% i niedokrwienne martwice skóry -2,4%. W trakcie obserwacji chorych stwierdzono wznowę miejscową w 3 przypadkach, a przerzuty odległe u jednej chorej. Pozostałe żyją bez cech nawrotu choroby.

Wnioski: Podskórna mastektomia jest uznaną metodą chirurgicznego leczenia raka gruczołu piersiowego. Przeżycia i ilość nawrotów miejscowych nie różnią się od innych sposobów postępowania chirurgicznego. Metoda pozwala uniknąć radioterapii i skraca czas leczenia onkologicznego. Efekty kosmetyczne nie zawsze są zadowalające.

OPERACJE ORGANO-OSZCZĘDZAJĄCE W RAKU POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO PO ZASTOSOWANIU CHEMIOTERAPII NEOADIUWANTOWEJ.

R. Sitarz¹, J. Mielko¹, B. Ciseł², M. Lewicka², M. Skórzewska², M. Sokoluk¹, A. Kurylcio¹, W. Budny¹, B. Zuchora¹, M. Jazienicki¹, W. Polkowski¹

1 - Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

2 - Oddział Chemioterapii Kliniki Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

Rozpoznanie wczesnego raka połączenia przełykowo-żołądkowego (PPŻ) jest wskazaniem do leczenia endoskopowego lub poszerzonej resekcji żołądka i przełyku w przypadku stwierdzenia większego zaawansowania bądź nieradykalności zabiegu endoskopowego. Zakres leczenia chirurgicznego u chorych z odpowiedzią na neoadiuwantową chemioterapię (ChN) pozostaje nieokreślony.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza wyników leczenia chorych na raka PPŻ i odpowiedzią na ChN, za pomocą ograniczonej resekcji PPŻ z neo-fundoplikacją (bez wstawki jelitowej) oraz wycięcia splotu węzła wrotniczego (WW).

Materiały i metody: Do badania kwalifikowano chorych z rozpoznaniem raka połączenia przełykowo-żołądkowego, po uzyskaniu klinicznych cech całkowitej odpowiedzi na ChN (regresja w TK). W badanej grupie było 14 chorych, w tym 8 chorych po ChN, 10 mężczyzn oraz 4 kobiety, w wieku od 46 do 73 lat. Operacja ograniczonej resekcji polegała na wycięciu dalszej części przełyku, wpustu, okolicy podwzrostowej żołądka z 2/3 krzywizny mniejszej z dostępu brzuszno i przezrozworowego wraz z limfadenektomią ok. nadtrzustkowej. Zespolenie przełykowo-żołądkowe koniec do boku wykonywano przy pomocy okrężnego szwu mechanicznego. Z pozostałej górnej części kikuta żołądka formowano mankiety neo-fundoplikacji wokół obwodu zespalanego przełyku. Średni czas obserwacji wyniósł 32 (13 - 54) miesiące.

Wyniki: W okresie okołoperacyjnym zmarła jedna chora (lat 73). U pozostałych chorych w przebiegu pooperacyjnym nie było konieczności pobytu na oddziale intensywnej terapii, ani wentylacji mechanicznej. Długość hospitalizacji pooperacyjnej wahała się od 6 do 8 dni. Z wyjątkiem jednego chorego, u którego stwierdzono całkowitą odpowiedź patologiczną, u pozostałych chorych nowotwór naciekał warstwę mięśniową i podsurowicówkową ($\geq T2$; n=13), przerzuty do węzłów chłonnych stwierdzono u 5 chorych (N2; n=1). Jeden chory zmarł po 31 miesiącach (pT3N1M0) z powodu progresji choroby, a kolejny żyje 25 miesięcy (pT3N2M0), pomimo przerzutów do płuc. Pozostałych 6 chorych (w tym 2 po ChN) żyje bez objawów choroby. Połowa chorych nie ma objawów refluksowych, natomiast u pozostałych dolegliwości kontrolowane są inhibitorami pompy protonowej.

Wnioski: Operacje organo-oszczędzające, uzupełnione limfadenektomią, u chorych na wczesnego raka połączenia przełykowo-żołądkowego z całkowitą odpowiedzią na neoadiuwantową chemioterapię można uznać za bezpieczną i onkologicznie dopuszczalną metodę leczenia.

CAŁKOWITE WYCIĘCIE TRZUSTKI Z ZAOSZCZĘDZENIEM ODŹWIERNIKA I ŚLEDZIONY – WSKAZANIA I OCENA WYNIKÓW BEZPOŚREDNICH.

M. Słodkowski¹, M. Wroński², S. Alseifi², M. Makiewicz², M. Wojtasik², A. Kluciński²

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

2 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Wskazaniem do całkowitego wycięcia trzustki są między innymi brodawkzaki wewnątrzprzewodowe śluzowe ze zmianami obejmującymi cały narząd. W takich przypadkach celowe jest wykonanie zabiegu z zaoszczędzeniem śledziony i żołądka z odźwiernikiem i fragmentem dwunastnicy. Chorzy z tego typu patologią rokują dobrze co do odległego przeżycia po operacji. Operacja oszczędzająca narządy ma duże znaczenie dla jakości życia chorego, zwłaszcza z nieuniknioną po tej operacji cukrzycą.

Cel pracy: Celem pracy była ocena bezpośrednich wyników całkowitej pankreatektomii z zaoszczędzeniem odźwiernika i śledziony oraz ustalenie wskazań do tego typu operacji.

Materiał i metoda: W latach marca 2010 do lutego 2014 spośród 176 wykonanych w tym czasie pankreatoduodenektomii u 5 chorych (3K, 2 M w wieku od 62 do 74 lat, średnio 68,8 lat) wykonano całkowitą pankreatoduodenectomię z zaoszczędzeniem odźwiernika i śledziony z naczyniami śledzionowymi. Wskazaniem do całkowitej pankreatektomii było rozpoznanie brodawkzaka wewnątrzprzewodowego śluzowego ze zmianami w obrębie całego przewodu Wirsunga u 4 chorych. U jednego chorego wskazaniem do pankreatoduodenektomii był rak głowy trzustki, a całkowite wycięcie wykonano z powodu zwyrodnienia tłuszczowego części obwodowej, co wykluczało możliwość bezpiecznego zespolenia trzustkowo jelitowego. Wszystkich chorych operowano planowo, a zaawansowanie IPMN potwierdzano w doraźnym badaniu histopatologicznym przekrojów trzustki.

Wyniki: Nie obserwowano znamiennej przedłużenia czasu operacji. Nie odnotowano reoperacji ani zgonów w tej grupie chorych. Powikłanie pod postacią opóźnionego opróżniania żołądka z koniecznością żywienia pozajelitowego (13dni) wystąpiło u jednego chorego. U 2 chorych hospitalizację przedłużono z powodu trudności w stabilizacji glikemii. Średni okres hospitalizacji po operacji wynosił 25 dni (12 do 30 dni).

Wnioski: Wskazaniem do wykonania całkowitej pankreatektomii z zaoszczędzeniem odźwiernika i śledziony jest najczęściej rozpoznanie brodawkzaka wewnątrzprzewodowego śluzowego z zaawansowaniem w całym przewodzie Wirsunga. Jest to zabieg relatywnie bezpieczny, z ryzykiem powikłań pooperacyjnych nie większym niż po klasycznej całkowitej pankreatoduodenektomii ze splenektomią i resekcją żołądka. Potencjalne korzyści pod postacią lepszej jakości życia u tych chorych uzasadniają wykonywanie tego typu operacji w wybranych przypadkach.

CZY GUZEK SIOSTRY MARY JOSEPH TO HISTORIA W CHIRURGII OGÓLNEJ?J. Snarska¹, M. Michalak², B. Biedziuk³, M. Kuciel⁴, M. Świtła⁵, M. Prus⁶

1 - Katedra Chirurgii WNM UWM, Olsztyn

2 - SP ZOZ MSW z WMCO - Zakład Radiologii, Olsztyn

3 - SP ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

4 - Katedra Chirurgii WNM UWM, Olsztyn

5 - Studeckie Koło Naukowe Katedra Chirurgii, Olsztyn

6 - Studenckie Koło Naukowe Katedra Chirurgii, Olsztyn

Guzek siostry Mary Joseph zaistniał w semiotyce w 1950 roku. Objaw ten jest niejako wyznacznikiem zaawansowania raka jamy brzusznej. W przeciągu 6 lat obserwowano 4 takie przypadki. W dwóch przypadkach chorzy przyjęci byli do leczenia operacyjnego nieodprowadzalnej przepukliny pępkowej. To chore po 80 roku życia w dość dobrym stanie ogólnym, zgłaszające niespecyficzne pobolewania w obrębie pępka. Obie z nadwagą, ze stwierdzonym guzkiem wielkości "śliwy" w pępku nieodprowadzalnym, miernie tkliwym przy palpacji. Chore były skierowane do leczenia bez usg jamy brzusznej. W trakcie operacji stwierdzono masywny rozsiew nowotworowy w otrzewnej punktem wyjścia był rak jajnika. W drugim przypadku rozsiew w przebiegu raka żołądka. W przypadku kolejnych dwóch chorych w wieku 83 i 84 lat przyjętych z powodu dużego wycieku ropnego w jednym przypadku z guza w pępku i miernie bolesnego owrzodzenia cuchnącego guzka w pępku. Po wykonaniu Tk stwierdzono rozległy nacieki obejmujący miednicę małą i sięgający do nadbrzusza. W jednym przypadku przyczyną był nowotwór złośliwy narządu rodowego prawdopodobnie macicy. W drugim przypadku chora była po przebytych uprzednio w krótkim okresie 4 zabiegach operacyjnych ze wskazań życiowych. Kolejna operacja to kałowe zapalenie otrzewnej z powodu perforacji uchyłka esicy. Wykonano wyłonienie colostomii. Po dwóch latach chora przyjęta z powodu obfitego ropnego wycieku z guzka w pępku. Funkcja stomii prawidłowa. Innych dolegliwości chora nie podawała. Stan ogólny dość dobry. Włączono antybiotykoterapię ze względu na wysokie parametry biochemiczne zapalenia. Pobrano wycinek z guzka w pępku. W Tk jamy brzusznej rozległy nacieki z centralnie położonym miejscem rozpadu. W przebiegu leczenia doszło do ustąpienia wycieku ropnego z pępka z 200-250 ml wyciekem mętnej treści puchlinowej. Zabezpieczono go sprzętem stomijnym. Chora wstępnie zakwalifikowana do paliatywnej chemioterapii. Analizując te przypadki możemy stwierdzić, że taki przebieg raka jamy brzusznej obserwowaliśmy tylko u kobiet po 80 roku życia. W Tk mimo zaawansowanego procesu nowotworowego nie stwierdzono zmian przerzutowych w wątrobie. Chore nie zgłaszały istotnych dolegliwości związanych z chorobą nowotworową mimo rozsiewu, a dotyczyło to narządu rodowego, jelita grubego i żołądka. Szczególnie młodym chirurgom należałoby zwrócić uwagę przy kwalifikowaniu chorych z przepuklinami, a szczególnie pępkowymi nieodprowadzalnymi na wykonanie badania usg jamy brzusznej.

CHOROBA CASTLEMANA- OPIS PRZYPADKUS. Tadong¹, B. Dąbrowski¹, A. Chaber¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej w Warszawie, Warszawa

Choroba Castlemana (ang. Castleman disease, skrót „CD”) jest to rzadkie schorzenie polegające na nienowotworowym rozroście komórek układu limfatycznego, do którego dochodzi w węzłach chłonnych lub poza nimi. Zwykle występuje jako pojedynczy guz (postać zlokalizowana) umiejscowiony w klatce piersiowej, bądź w jamie brzusznej. Istnieje również postać wielogniskowa. Autorzy przedstawiają istniejące hipotezy dotyczące etiologii, diagnostyki, leczenia oraz rokowanie w chorobie Castlemana. W przypadku postaci zlokalizowanej rokowanie jest dobre i leczeniem z wyboru jest usunięcie zmiany. W postaci wielogniskowej stosuje się leczenie zachowawcze, a rokowanie jest niepewne.

Autorzy przedstawiają przypadek 50-letniego mężczyzny z bezobjawowym, wolno rosnącym guzem zlokalizowanym w sieci większej, którego obecność stwierdzono przypadkowo podczas badań rutynowych. Chorego poddano laparotomii i usunięto zmianę w całości. W badaniu histopatologicznym usuniętej zmiany rozpoznano postać nacyniowo-szklistą choroby Castlemana. W okresie obserwacyjnym (6 miesięcy) po operacji chory nie zgłaszał żadnych dolegliwości. W badaniach obrazowych nie stwierdzono cech wznowy.

NIEODWRACALNA ELEKTROPORACJA W LECZENIU ZAAWANSOWANYCH NOWOTWORÓW TRZUSTKI I WĄTROBY. PRZEGLĄD LITERATURY I OPIS PRZYPADKÓW

M. Wichtowski¹, J. Kocur¹, P. Nowaczyk¹, D. Murawa²

1 - Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

2 - 1: Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I Wielkopolskie Centrum Onkologii; 2: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Poznań; Wrocław

Nowotwory narządów miękkich, lokalnie zaawansowane, określane jako nieresekcyjne, przez wiele lat były po za zasięgiem możliwości chirurgicznych. Determinowało to poszukiwania innych możliwości ich leczenia, bez potrzeby wykonywania resekcji. W ten sposób w ciągu ostatniej dekady nastąpił skok technologiczny technik ablacyjnych. W niniejszej pracy skupiono się nad możliwością leczenia zaawansowanych miejscowo nowotworów trzustki (LAPC – ang. Locally advanced pancreatic cancer) oraz wątroby metodą ablacji z zastosowaniem nieodwracalnej elektroporacji.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie problemów jakie stanowią dla współczesnej chirurgii zaawansowane nowotwory, o lokalizacji uniemożliwiającej zastosowanie resekcji oraz standardowych metod ablacji termicznych.

Materiał i metody: Pomiędzy 04.2014 a 09.2014 dwoje pacjentów z LAPC i jeden z CRLM (ang. colorectal liver metastasis) zostali zakwalifikowani do leczenia z użyciem metody nieodwracalnej elektroporacji. Wszyscy pacjenci pozostają w stałej obserwacji i kontroli. Przeanalizowano także 5 oryginalnych doniesień opierających się na największych grupach pacjentów, dostępnych na serwerze pubmed.gov z lat 2011-2015.

Wyniki: U dwojga pacjentów z rakiem trzustki, wymiary guza wynosiły odpowiednio: 41mm x 40mm oraz 35mm x 25 mm, w obu przypadkach guz naciekał naczynia krwionośne górne, pęcherz żółciowy oraz naczynia żołądkowe lewe. U pacjenta z CRLM zdiagnozowano ognisko przerzutowe w segmencie 8 w okolicy spływu żył wątrobowych o wymiarach 40mm x 30mm. U wszystkich pacjentów wykonano skuteczną procedurę ablacji IRE całej objętości guza. U wszystkich pacjentów w obserwacji minimum siedmiomiesięcznej uzyskano 100% lokalną kontrolę nad procesem rozrostowym (stabilizacja obrazu radiologicznego, brak progresji). W wyniku przeglądu literatury uzyskano grupę 229 pacjentów poddanych IRE. 126 procedury IRE w obrębie wątroby oraz 103 zabiegi w obrębie trzustki. Minimalna i maksymalna średnica guza poddanego IRE to odpowiednio 1 cm i 7cm. Lokalna odpowiedź na leczenie od 41% do 100%. Lokalna kontrola, bez progresji w obserwacji 6 miesięcznej do 94%.

Wnioski: Ablacja z użyciem metody nieodwracalnej elektroporacji jest nową techniką ablacji nietermalnej, która w dotychczas opublikowanych badaniach a także w opisanych w niniejszej pracy przypadkach ukazuje się jako bezpieczna i skuteczna metoda terapeutyczna dla pacjentów z LAPC i CRLM.

ZASTOSOWANIE ELEKTROCHEMIOTERAPII W LECZENIU ROZSIEWU NOWOTWORÓW DO SKÓRY – PIERWSZE DOŚWIADCZENIA OŚRODKA.

M. Wichtowski¹, J. Kufel-Grabowska², D. Murawa³

1 - Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

2 - Oddział Chemioterapii Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań

3 - 1: Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej I Wielkopolskie Centrum Onkologii; 2: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Poznań; Wrocław

Elektrochemioterapia (ECT) jest nową metodą ablacyjną opartą na odwracalnej elektroporacji komórek pod wpływem prądu o wysokim napięciu w połączeniu z jednoczasową iniekcją chemioterapeutyku dożylnie lub do guza. Metoda ta znalazła zastosowanie w leczeniu pierwotnych nowotworów skóry (raki, czerniaki) jak i nowotworów wtórnych (np. z raka piersi) nienadających się lub nieodpowiadających na inny typ leczenia. Jest to metoda paliatywna mająca na celu poprawę jakości życia oraz zabezpieczenie przed powikłaniami miejscowymi.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza skuteczności i bezpieczeństwa zastosowania elektrochemioterapii w leczeniu rozsiewu czerniaka oraz przerzutów raka piersi do skóry i tkanki podskórnej.

Materiał i metody: Pomiędzy 02.2015 a 05.2015 sześciu pacjentów z przerzutami raka piersi do skóry i tkanki podskórnej oraz jeden pacjent z rozsiewem czerniaka w okolicy blizny po resekcji zmiany pierwotnej poddani zostali zabiegowi elektrochemioterapii z użyciem bleomycyny podanej dożylnie w dawce 15IU na 1m². Pacjenci pozostają w ścisłej obserwacji i kontroli.

Wyniki: U siedmiu pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu elektrochemioterapii wykonano zabieg na 40 zmianach docelowych, mierzalnych („target lesions”) i 21 zmianach niemierzalnych („non-target lesions”). Maksymalny wymiar zmiany docelowej wynosił 25 cm / 12 cm, minimalny 1cm / 1cm. Każda ze zmian docelowych obserwowana była co 2 tygodnie przez okres 8 tygodni, następnie raz w miesiącu. W 92,5% zmian zaobserwowano dobry efekt miejscowy pod postacią całkowitej lub częściowej remisji. U chorej z masywnym rozsiewem w obrębie skóry całej klatki piersiowej, powłok brzusznych zastosowano dwa kursy elektrochemioterapii poddając terapii łącznie ok. 1200cm² powierzchni skóry uzyskując w 100% częściową lub całkowitą remisję. Odnotowano jeden efekt niepożądany w postaci bólu miejscowego po zabiegu, utrzymującego się w 86% przypadków do 7 dni po zabiegu, oceniany w skali VAS do 7 pkt na 10 (2-3 wg. CTCAE). W 12,5% zmian po ECT utrzymywało się owrzodzenie powyżej 4 tygodni po zabiegu.

Wnioski: Przedstawione powyżej wyniki udowadniają, iż ECT jest skuteczną i bezpieczną opcją terapeutyczną w leczeniu nieresekcyjnych, powierzchniowo rozsianych zmian nowotworowych, szczególnie w sytuacji wcześniejszego wykorzystania dostępnych metod leczenia onkologicznego.

ANALIZA KLINICZNO-PATOLOGICZNA I OCENA WYNIKÓW LECZENIA CHIRURGICZNEGO NOWOTWORÓW NEUROENDOKRYNNYCH JELITA GRUBEGO.

M. Wroński¹, J. Maryański¹, A. Cyran-Chlebicka², B. Szczepankiewicz², W. Cebulski¹, M. Słodkowski¹, B. Górnicka², I. Krasnodębski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

2 - Katedra i Zakład Patomorfologii WUM, Warszawa

Nowotwory neuroendokrynne rzadko występują w jelicie grubym. Większość z nich jest umiejscowiona w wyrostku robaczkowym i cechuje się łagodnym przebiegiem. Natomiast mniej wiadomo o charakterze biologicznym i rokowaniu nowotworów neuroendokrynnych okrężnicy i odbytnicy.

Cel pracy: Ocena cech klinicznych i wyników leczenia chirurgicznego nowotworów neuroendokrynnych okrężnicy i odbytnicy.

Metodyka: Grupę badaną stanowiło 14 chorych z nowotworem neuroendokrynnym okrężnicy lub odbytnicy leczonych chirurgicznie w latach 2001-2013. Wykonano weryfikację histopatologiczną według klasyfikacji nowotworów neuroendokrynnych WHO 2010. Przeprowadzono retrospektywną analizę cech kliniczno-patologicznych i wyników leczenia chirurgicznego nowotworów neuroendokrynnych G1 i G2 (NET G1-2) w porównaniu do raków neuroendokrynnych (NEC).

Wyniki: NET G1 lub G2 stwierdzono odpowiednio u 2 i 4 chorych. Rak neuroendokrynnym został rozpoznany u 8 chorych. Badane grupy nie różniły się pod względem cech kliniczno-demograficznych. Większość guzów była objawowa. Najczęstszym objawem w obu grupach był ból brzucha. W badanej grupie nie było guzów hormonalnie czynnych. U wszystkich chorych wykonano częściową resekcję jelita grubego. Resekcja była doszczętna onkologicznie u 50% chorych w grupie z NET G1-2 i u 50% chorych w grupie z NEC. W okresie pooperacyjnym zmarł 1 chory (z grupy NEC). Przyczyną zgonu była niewydolność wątroby z powodu masywnych przerzutów. Stopień zaawansowania klinicznego, odsetek przerzutów do węzłów chłonnych i przerzutów odległych były podobne w obu grupach. Ogólne przeżycie było znamienne lepsze w grupie NET G1-G2 w porównaniu do chorych z rakiem neuroendokrynnym ($p=0,01$). Mediana przeżycia chorych z rakiem neuroendokrynnym wyniosła tylko 4,8 miesiący, podczas gdy mediana przeżycia u chorych z guzami NET G1-G2 wynosiła 75 miesięcy. 3-letnie przeżycie w grupie chorych z NET G1-G2 wynosiło 100% w porównaniu do 12,5% w grupie z NEC.

Wnioski: Mimo porównywalnego stopnia zaawansowania choroby w chwili rozpoznania raki neuroendokrynne okrężnicy i odbytnicy cechują się znacznie bardziej agresywnym przebiegiem i gorszym rokowaniem niż nowotwory neuroendokrynne G1-2.

POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE W GIST (GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR)

J. Wyroślak-Najs¹, W. Masiak-Segit¹, G. Wallner¹

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM w Lublinie, Lublin

Gastrointestinal stromal tumor (GIST) jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym przewodu pokarmowego pochodzenia mezodermalnego. Leczenie chirurgiczne pozostaje najważniejszym elementem terapii w przypadku pierwotnych GIST, która może składać się również z leczenia z zastosowaniem drobnocząsteczkowego inhibitora kinazy tyrozynowej w przypadku guzów zaawansowanych.

Cel pracy: Ocena sposobów leczenia chirurgicznego pacjentów z GIST przewodu pokarmowego na podstawie materiału zebranego w latach 2000-2015.

Metodyka: W latach 2000-2015 w II Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego leczono 119 pacjentów, u których rozpoznano GIST. W zależności od lokalizacji i wielkości guza chorych zakwalifikowano do leczenia endoskopowego lub operacyjnego.

Wyniki: Średnia wieku wynosiła 57,6 roku, 61,3% stanowiły kobiety, 38,7% mężczyźni. Najczęściej (66 pacjentów) GIST stwierdzony był w żołądku. Lokalizacja przełykowa dotyczyła 23 pacjentów, w jelicie cienkim stwierdzono guza u 12 chorych, zaotrzewnowo w 9 przypadkach, a także w jelicie grubym 3 i 6 w innych lokalizacjach (przerzut w wątrobie, guz śródtrzewnowy, nieustalony punkt wyjścia). Wielkość guza wahała się od 0,5 do 15 cm, osiągając średnio 4,6 cm. 29 pacjentów zakwalifikowano do endoskopowego usunięcia guza, u 26 wykonano klinową lub subtotalną resekcję żołądka, w 14 przypadkach przeprowadzono gastrotomię i wycięto guza. U 8 chorych wycięto guz, u 13 wykonano odcinkową resekcję jelita cienkiego, w 5 przypadkach guz został usunięty laparoskopowo, w 1 torakoskopowo. 5 pacjentów przeszło endoskopowe usunięcie guza, uzupełnione częściowym wycięciem żołądka. U pozostałych chorych wykonano: gastrektomię, resekcję przełyku i żołądka, częściowe wycięcie przełyku wraz z guzem, torakotomię z wyłuszczeniem guza, częściową resekcję dwunastnicy, odcinkową resekcję jelita cienkiego oraz resekcję przełyku z zespoleniem żołądkowo-przełykowym na szyi (współistnienie GIST jelita cienkiego z rakiem przełyku), miejscowe wycięcie zmiany od strony odbytu, laparoskopię zwiadowczą, laparotomię zwiadowczą.

Wnioski: Leczenie chirurgiczne jest istotnym elementem postępowania w GIST. Badanie immunohistochemiczne CD117 i CD34, wraz z indeksem mitotycznym materiału operacyjnego pozwala na definitywne rozpoznanie GIST, z określeniem stopnia złośliwości i ustaleniem dalszych wskazań odnośnie leczenia uzupełniającego imatinibem (inhibitorem kinaz tyrozynowych).

ALPPS (ASSOCIATING LIVER PARTITION AND PORTAL VEIN LIGATION FOR STAGED HEPATECTOMY)

P. Zonča¹, M. Peteja¹, P. Vávra¹, S. Czudek¹, J. Dzielicki²

1 - Faculty of Medicine, Ostrava

2 - EMC, Wrocław

Aim : There are a lot of new therapeutic procedures during advanced oncological diseases including advanced liver metastases. We are looking for a new effective surgical techniques in these cases. The good ALPPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy) liver function after ALPPS surgery is limiting of this procedure. That is why step by step liver resection (ALPPS) has been chosen- Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy.

Material and methods: There were 9 patients operated by ALPPS procedures in our Surgical Clinic of University Hospital Ostrava, Czech republic from the August 2013: 5 patients because of liver metastases of colorectal cancer, 2 patients because of gall bladder cancer, one patient because of metastatic leiomyosarcoma, one because of carcinoma cholangiocellulare. 7 patients have undergone complete two steps of ALPPS procedure, 2 patients have undergone only first step of ALPPS- the second step we didn't indicate because of the high risk liver failure. Our results have been compared with the International ALPPS registration (NCT 01924741).

Results: Clavien Dildo score (stage IV. and V.) shows 30 days mortality up to 44,4% and morbidity up to 55,5%. There are 4 patients in our group still alive. One patients has died because of suicidium. One patient has a liver recurrences and lung metastases. There are three patients disease free survival in this group.

Conclusion: There are high morbidity and mortality during ALPPS surgery. The ALPPS indication criteria, preoperative monitoring, two steps timing of this procedure, technical modifications are intensively discussed during last three years. The firts ALPPS Conference conclusions from the February 2015 will be presented.

DOŚWIADCZENIA WŁASNE Z ZASTOSOWANIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ SUBSTYTUTU BEZKOMÓRKOWEJ MATRYCY ALLOGENICZNEJ ZASIEDLONEJ HODOWANYMI IN VITRO KOMÓRKAMI SKÓRY

W. Łabuś¹, M. Kawecki¹, J. Glik¹, M. Maj¹, D. Hoff-Lenczewska¹, M. Piskorz¹, A. Klama-Baryła¹, M. Kraut¹, M. Nowak¹

1 - Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Siemianowice Śląskie

W wyniku usuwania komórek z ludzkiej allogenicznej skóry właściwej, otrzymuje się kolagenowe rusztowanie, zasiedlane de novo auto/allogenicznymi komórkami skóry. Na podstawie wcześniej przedstawionych wyników wytypowano optymalną metodę produkcji pozbawionych komórek skórnych matryc (ang. Acellular Dermal Matrix, ADM). Obecnie trwają prace wdrożeniowe.

Cel: Ocena metod leczenia ran oparzeniowych z zastosowaniem żywego substytutu skóry, opartego na ADM oraz auto/allogenicznych komórkach skóry.

Materiał i metody: Zaproponowany program badawczy posiada pozytywną opinię komisji bioetycznej. Wytypowano troje pacjentów płci żeńskiej (średnia wieku 54 lata):

Przyp. 1. Pacjentka lat 63, oparzenie termiczne 34 % TBSA w tym 24 % III/IV. Przeszczepiono ADM oraz allogeniczną skórę (kontrola) naciętą 1:2 a następnie hodowane in vitro autologiczne fibroblasty i keratynocyty zawieszono w PLRG. W dobie 0, 3 i 5 wykonano preparaty histochemiczne oraz badania mikrobiologiczne. Wykonano dokumentację fotograficzną.

Przyp. 2. Pacjentka lat 36, oparzenie termiczne 24 % TBSA w tym 24 % III/IV. Przeszczepiono ADM oraz allogeniczną skórę (kontrola) naciętą 1:2 a następnie hodowane in vitro autologiczne fibroblasty i keratynocyty zawieszono w PLRG na trudno gojące się pola dawcze. W dobie 0, 3, 5, 14 i 21 wykonano preparaty histochemiczne oraz wykonywano wymazy z ran. Wykonano dokumentację fotograficzną.

Przyp. 3. Pacjentka lat 63, oparzenie termiczne 20 % TBSA IIa/IIb. Przeszczepiono ADM naciętą 1:1,5 a następnie hodowane in vitro allogeniczne fibroblasty i keratynocyty zawieszono w soli fizjologicznej. W dobie 0 wykonano preparat histochemiczny. Pacjentka nie wyraziła zgody na dalszy udział w badaniu. W dalszych dobach t.j. 3, 5, 14 i 21 wykonywano wymazy z ran oraz prowadzono dokumentację fotograficzną.

Wyniki:

Przyp. 1. W dobie 6 pacjentka zmarła.

Przyp. 2. Obrazy histologiczne obrazują kolejno etapy regeneracji i odnowy ciągłości powłok. Zamknięcie rany.

Przyp. 3. Pacjentce finalnie przeszczepiono autologiczny wolny przeszczep skóry pośredniej grubości. Zamknięcie rany.

Wnioski: Metoda leczenia ran oparzeniowych oparta na zastosowaniu żywego skórno – naskórkowego substytutu skóry (opartego na ADM i hodowanych in vitro fibroblastach i keratynocytach) może stanowić optymalną metodę leczenia oparzeń. Wymaga jednak zwiększenia liczebności próby w celu wykonania analizy statystycznej uzyskanych wyników.

WYNIKI ODLEGŁE LECZENIA USZKODZEŃ DRÓG ŻÓŁCIOWYCH WE WNEĆE WĄTROBY TYPU E2-E4 WG. KLASYFIKACJI STRASBERGA-SOPERA.

W. Otto¹, B. Najnigier¹, J. Smaga², J. Sierdziński³, M. Krawczyk¹

1 - Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawa

2 - SPCSK WUM, Warszawa

3 - Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Statystyki Medycznej i Telemedycyny, Warszawa

Uszkodzenie dróg żółciowych typu E2-E4 wg. klasyfikacji Strasberga-Sopera jest poważnym powikłaniem operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego.

Cel: Ocena wyników odległych operacji naprawczej i ustalenie czynników istotnych rokowniczo na podstawie wieloczynnikowej analizy statystycznej.

Materiał: W latach 1995-2005 leczono 236 chorych (65 M, 171 K, wiek 52.1) z uszkodzeniem dróg żółciowych E2-E4 wg Strasberga-Sopera. U 122 (51.7%) (grupa A) operację naprawczą podjęto w szpitalu macierzystym, a powodem skierowania do Kliniki było rozejście zespolenia (n=42) lub jego zwężenie (n=80) po okresie 7-38 miesięcy od rekonstrukcji. U 114 (48.3%) (grupa B) w szpitalu macierzystym nie podjęto naprawy; 78 skierowano z przetoką żółciową, a 39 z żółtaczką zastoinową. U wszystkich 236 chorych wykonano hepatiko-jejunostomię Roux-Y. Obserwacje prowadzono przez 10 lat. Oceny skutków odległych kalectwa dokonano na podstawie follow-up i ankiety przeprowadzonej wśród chorych, uwzględniając wpływ jaki na wynik leczenia wywarły rodzaj i nasilenie powikłań oraz sposób postępowania doraźnego po uszkodzeniu drogi żółciowej.

Wyniki: U 114 chorych (48.3%) z grupy B zespolenie żółciowo-jelitowe wykonane w Klinice było pierwszą, a u 122 chorych z grupy A (51.7%) było drugą operacją naprawczą. Średni czas pozostawania bez objawów zastoju żółci wynosił średnio 6 lat (mean 6.2), przy czym u chorych z grupy B czas ten był znacząco krótszy (mean 3.8), (Chisq=39.37, p<0.001). Z powodu zwężenia zespolenia 72 chorych (30.6%), tj. 47 z grupy B i 25 z grupy A wymagało ponownej rekonstrukcji zespolenia, a 56 chorych (23.7%), tj. 33 z grupy B i 23 z grupy A wielokrotnych operacji (Chisq=18.15, p<0.005). Sto dwudziestu siedmiu chorych (53%) pozostaje bez objawów zastoju żółci, a u 55 (20%) objawy występują sporadycznie; u 20 (11%), rozwinęła się marskość żółciowa, 34 chorych (16%) zmarło. Analiza wieloczynnikowa wskazała zakażenie i miejscowe powikłania oraz czas jaki upłynął od uszkodzenia do skutecznej naprawy drogi żółciowej jako czynniki istotne rokowniczo (Wald Chisq=6.54, p<0.01 i Wald Chisq=10.96, p<0.001, odpowiednio).

Wnioski: To jedna z największych serii trudnego do rekonstrukcji powikłania cholecystektomii. Pozytywny wynik odległy uzyskano u 73% leczonych. Był on lepszy gdy zasadniczą operację naprawczą podjęto wcześniej. Wynik odległy leczenia był gorszy u chorych, u których nie podjęto doraźnie próby rekonstrukcji uszkodzenia.

MODYFIKACJA DUFOURMENTELA PŁATA ROMBOIDALNEGO LIMBERGA W LECZENIU PRZEWLEKŁEJ TORBIELI PILONIDALNEJ.

M. Sebastian¹, M. Sroczyński¹, D. Dragan-Sroczyńska², J. Rudnicki¹

1 - Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Wrocław

2 - Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Wrocław

Torbiel pilonidalna w okolicy kości krzyżowej jest częstym schorzeniem szczególnie u młodych osób dorosłych, występującym dwa razy częściej u mężczyzn, z częstością w populacji ogólnej około 25/100.000. Leczenie ostrej postaci tego schorzenia obejmuje nacięcie i drenaż powstałego ropnia. Postępowanie w przypadku przewlekłej postaci choroby jest bardziej złożone ze względu na dostępność różnych metod terapeutycznych oraz stosunkowo wysoki odsetek nawrotów po leczeniu operacyjnym. Zabieg może ograniczać się tylko do otwarcia zapalnie zmienionych części torbieli lub wycięcia całej torbieli z pozostawieniem rany do gojenia wtórnego lub całkowitego wycięcia torbieli z plastyką powstałego ubytku płatem Karydakisa lub płatem romboidalnym Limberga. Modyfikacja Dufourmentela płata romboidalnego Limberga jest metodą znaczenie zwiększającą możliwości zastosowania płata romboidalnego Limberga.

Cel pracy: Celem pracy była ocena leczenia chirurgicznego przewlekłej torbieli pilonidalnej z plastyką ubytku po wycięciu torbieli płatem romboidalnym Limberga w modyfikacji Dufourmentela.

Metodyka: Grupa badana składała się z 40 pacjentów (36 mężczyzn i 4 kobiety, średnia wieku 33 lata) z przewlekłą torbielą pilonidalną operowanych wcześniej wspomnianą metodą, leczonych w Klinice Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu pomiędzy marcem 2013 roku a grudniem 2014 roku. 37 pacjentów było operowanych po raz pierwszy, 3 pacjentów było operowanych z powodu nawrotu po leczeniu operacyjnym innymi metodami.

Wyniki: Odsetek powikłań w naszym materiale wyniósł 7,5% (3 pacjentów). Przejściowy wyciek z rany był obserwowany u dwóch pacjentów (5%) i był z powodzeniem leczony zachowawczo. Jeden pacjent (2,5%) (pierwszy operowany tą metodą-krzywa uczenia się) był powtórnie leczony operacyjnie tą samą metodą z powodu nawrotu choroby. Zaobserwowaliśmy również dwa przypadki przejściowego zaburzenia czucia w operowanej okolicy. Jedynym ograniczeniem prezentowanej metody mogą być efekty kosmetyczne, jednak nie były one najważniejszym czynnikiem dla operowanych pacjentów.

Wnioski: Uważamy, iż prezentowana przez nas metoda jest niezwykle elastyczna w zastosowaniu, cechuje się łatwością i powtarzalnością rekonstrukcji, niskim odsetkiem nawrotów oraz stosunkowo szybkim gojeniem pierwotnie zamkniętej rany, co jest szczególnie istotne dla młodej aktywnej populacji pacjentów z diagnozą przewlekłej torbieli pilonidalnej.

STERYDOTERAPIA W LECZENIU OPARZEŃ DRÓG ODDECHOWYCH

P. Wróblewski¹, M. Kawecki¹, M. Trzaska¹, P. Strzelec¹, J. Glik¹

1 - Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Siemianowice Śląskie

Oparzenie dróg oddechowych jest częstym urazem współwystępującym z oparzeniem skóry. Ma duży wpływ na ciężkość urazu, jego przebieg i znacznie pogarsza rokowanie. Istotą wczesnej interwencji w oparzeniach dróg oddechowych jest utrzymanie ich drożności poprzez ograniczenie lub zahamowanie procesu narastania obrzęku śluzówki. Postępowanie to polega na stosowaniu inhalacji i tlenoterapii hiperbarycznej. U części pacjentów oksygenacja hiperbaryczna jest przeciwwskazana ze względu na duże ryzyko powikłań.

Postępowanie zachowawcze polega na stosowaniu sterydoterapii. Ze względu na działanie immunosupresyjne steroidów wzrasta ryzyko wystąpienia powikłań septycznych, które mogą zwiększyć śmiertelność. W Centrum Leczenia Oparzeń standardowo stosuje się inhalacje sterydowe przez 3 dni natomiast podaż steroidów ogólnie (dożylnie) jest zlecana w wybranych przypadkach. Materiał i metoda: Przeanalizowano 475 oparzonych leczonych w Centrum Leczenia Oparzeń w 2014 roku. W tej grupie 176 pacjentów (37%) zaliczono do grupy ciężkich oparzeń (wg ABA), u których wykonywano wczesne zabiegi chirurgiczne (nacięcia obarczające, głębokie wycięcia tkanek martwiczych z jednoczesnym przeszczepem skóry autologicznej lub allogenicznej i pobranie skóry do hodowli komórkowej). W grupie pacjentów oparzonych było 201 chorych z oparzeniem dróg oddechowych potwierdzonych bronchoskopowo, w tym 116, u których stosowano inhalacje sterydowe i HBO i 85, u których stosowano wyłącznie inhalacje sterydowe. Kontrolną bronchoskopię wykonywano po ok. 14 dniach. W grupie terapii skojarzonej (HBO + sterydy) uzyskano u 101 pacjentów wygojenie drzewa oskrzelowego, a u 15 pacjentów występowały ubytki śluzówki wymagające dalszego leczenia. W grupie terapii sterydowej 16 pacjentów nie wyraziło zgody na powtórne badanie endoskopowe. Z grupy 69 pacjentów poddanych kontrolnej bronchoskopii u 36 stwierdzono wyleczenie drzewa oskrzelowego natomiast u 33 stwierdzono obecność obrzęku śluzówki drzewa oskrzelowego, jej kruchość i ubytki.

Wnioski: 1. Skojarzona terapia sterydowa z HBO jest postępowaniem z wyboru w leczeniu oparzenia dróg oddechowych. 2. Inhalacje sterydowe pozostają istotą leczenia miejscowego we wczesnej okresie oparzenia dróg oddechowych. 3. Nie obserwowano powikłań sterydoterapii podczas ich stosowania miejscowego. 4. Korzyści płynące ze stosowania sterydów przy zagrażającej niedrożności dróg oddechowych spowodowanej obrzękiem błony śluzowej są większe niż ewentualne objawy niepożądane.

OCENA LAPAROSKOPOWYCH SYSTEMÓW MOCUJĄCYCH SIATKĘ PRZEPUKLINOWĄ W OPARCIU O BIOMECHANICZNY MODEL PRZEPUKLINY BRZUSZNEJ

K. Bury¹, M. Śmietański², C. Szymczak³, I. Lubowiecka⁴, A. Tomaszewska⁴

1 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, Gdańsk

2 - Gdański Uniwersytet Medyczny, II Zakład Radiologii, Gdańsk

3 - Politechnika Gdańska, Wydział Oceanotechniki i Okrętownictwa, Gdańsk

4 - Politechnika Gdańska, Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska, Gdańsk

Celem pracy było określenie właściwości mechanicznych laparoskopowych systemów mocowania siatki (zszywki i szwy) w połączeniu z dostępnymi na rynku siatkami stosowanymi w operacjach naprawczych przepuklin brzusznych oraz ich wpływ na możliwość wystąpienia nawrotu i wyznaczenie optymalnej kombinacji systemu mocowania.

Materiał i metoda: Badania eksperymentalne, które zostały wykonane na potrzeby pracy przeprowadzono w specjalnie zaprojektowanej komorze ciśnieniowej symulującej zmiany ciśnień w obrębie jamy brzusznej podczas natężonego kaszlu. W testach w komorze użyto biomechanicznego modelu przepukliny na którym sprawdzano wytrzymałość różnych kombinacji systemów mocujących. Wiarygodność założeń modelu ciągnowego i dokładność obliczeń teoretycznych zostały zweryfikowane poprzez użycie modelowania elementów skończonych tzw. FEModeling. Wyniki: Wykonano w sumie 177 testów na różnych kombinacjach systemu mocującego. Testy przeprowadzono w komorze ciśnieniowej dla przepuklin o wrotach odpowiednio 5cm i 8 cm średnicy. Wyniki doświadczeń wykazały, że lepsze rezultaty uzyskano dla mniejszych przepuklin. Wyniki te nie odbiegały od założeń badania. Wyniki modelu teoretycznego i modelowania FEM pokrywały się z wynikami eksperymentalnymi uzyskanymi podczas testów dla wybranych modeli. Wnioski: Elastyczność siatki przepuklinowej a nie jej rodzaj wydaje się odgrywać kluczową rolę w powstawaniu nawrotu przepukliny i prawdopodobnie odgrywa też kluczową rolę w patogenezie przewlekłego bólu. Im bardziej elastyczna jest siatka tym niższe siły ciągnące działają na zszywkę. Lokalna wytrzymałość włókien siatki i splotów odgrywa najważniejszą rolę w globalnej wytrzymałości systemu umocowywania i powinna być brana pod uwagę przy konstruowaniu systemu mocującego. W wyniku przeprowadzonych testów zidentyfikowano systemy, które nie spełniają zakładanych założeń. Kluczowym wydaje się być odpowiedni dobór siatki i staplera dla konkretnej średnicy wrót przepuklinowych.

HAL 2010 – KOMPUTEROWA APLIKACJA WSPOMAGAJĄCA WYBÓR IMPLANTU I MOCOWANIA W ZABIEGACH ZAOPATRZENIA PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH METODĄ LAPAROSKOPOWĄ

K. Iwan¹, I. Lubowiecka², A. Tomaszewska², C. Szymczak³, K. Bury⁴, M. Śmietański⁵

1 - Politechnika Gdańska, Wydział Elektrotechniki i Automatyki, g

2 - Politechnika Gdańska, Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska, Gdańsk

3 - Politechnika Gdańska, Wydział Oceanotechniki i Okrętownictwa, Gdańsk

4 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, Gdańsk

5 - Gdański Uniwersytet Medyczny, II Zakład Radiologii, Gdańsk

W projekcie HAL 2010 założono, że szczegółowa wiedza inżynierska umożliwi optymalny dobór implantu i jego rozmieszczenia oraz zamocowania. W konsekwencji zaplanowano, że końcowym efektem prac będzie komputerowy program do wspomaganie planowania naprawy przepukliny brzusznej sumujący rezultaty prac badawczych uzyskane w trakcie wykonywania projektu.

Cel pracy: Za cel pracy przyjęto opracowanie metodyki ustalania planu naprawy przepukliny brzusznej za pomocą implantu wewnątrzbrzuszego i zastosowanie tej metodyki w aplikacji komputerowej HAL 2010.

Metody: Jako istotne dla racjonalnego opracowania planu naprawy przepukliny brzusznej zbadano następujące zagadnienia: • właściwości biomechaniczne przedniej ściany brzucha, • właściwości mechaniczne składników konglomeratu powięź-implant-mocowania, • analiza sił i naprężeń działających na jedno- i dwuwymiarowe modele implantu, • numeryczną symulację modelu wytrzymałościowego. Komputerowy program opracowany jako aplikację wspomagającą planowanie naprawy przepukliny brzusznej opracowano w języku C++ korzystając z graficznych funkcji OpenGL. Program opracowano w postaci aplikacji dla środowiska Microsoft Windows.

Wyniki: Opracowany algorytm doboru implantu wraz z mocowaniami oraz behawioralny model przedniej ściany brzucha wraz z metodyką jego przekształceń zastosowano w komputerowym programie wspomaganie planowania naprawy przepukliny brzusznej HAL 2010. Podstawowe funkcjonalności tej aplikacji są następujące: • wizualizacja przedniej ściany w stanie odmy, • lokalizacja i dobór mocowań siatki laparoskopowej dla różnych położeń otworu przepuklinowego, • wizualizacja przesunięć zamocowanej siatki po usunięciu odmy, • wizualizacja przesunięć zamocowanej siatki przy rozciąganiu brzucha w kierunku największego wydłużenia jego przedniej ściany (w pozycji „ramiona do przodu do góry w prawo”). Realizacja wymienionych możliwości wymagała ponadto wyposażenia programu w mechanizm prostej bazy danych operującej na niezbędnych informacjach o siatkach laparoskopowych i mocowaniach. Program jest podatny na posługiwanie się dowolną ilością modeli przedniej ściany brzucha.

Wniosek: Zweryfikowany w praktyce klinicznej program HAL'2010 może być przydatny dla chirurga ze względu na możliwość tworzenia ramowego planu zabiegu operacyjnego, powtarzalność oraz możliwość dokumentowania planu operacji

TĘTNIAKI TĘTNICY ŚLEDZIONOWEJ - TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE I LECZNICZE W MATERIALE WŁASNYM KLINIKI CHIRURGICZNEJ 4. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO Z POLIKLINIKĄ WE WROCŁAWIU.

D. Janczak¹, M. Leśniak², A. Ziomek², T. Dorobisz², W. Pawłowski², M. Malinowski², M. Chabowski¹

1 - Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

2 - 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław

Tętniak tętnicy śledzionowej należy do najczęściej występujących tętniaków tętnic trzewnych. Ze względu na coraz większe rozpowszechnienie i łatwą dostępność zaawansowanych badań obrazowych częstość ich rozpoznawania stale rośnie. Dominują przypadki skąpo i bezobjawowe, a brak odpowiednio wcześnie przeprowadzonej diagnostyki i leczenia może prowadzić do samoistnego pęknięcia tętniaka, co wiąże się ze znaczną śmiertelnością, szczególnie w grupie kobiet ciężarnych.

CEL PRACY Przedstawienie kwalifikacji do leczenia tętniaków tętnicy śledzionowej oraz możliwych metod ich zaopatrywania.

METODYKA Badaniem objęto 13 pacjentek z tętniakami tętnicy śledzionowej leczonych w Klinice Chirurgicznej 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu w latach 2012-2015. Omówienie kwalifikacji do zabiegu, skuteczności leczenia, powikłań wczesnych, późnych i efektów odległych na podstawie materiału własnego i dostępnej literatury.

WYNIKI W latach 2012-2015 w Klinice leczono z powodu tętniaków tętnicy śledzionowej 13 pacjentek. U 10 wykonano pierwotną embolizację tętniaka, która była skuteczna w 8 przypadkach. Dwie pacjentki wymagały wtórnej splenektomii, a jedna z nich trzykrotnej reinterwencji z powodu martwicy ogona trzustki. Jednej pacjentce w miejsce tętniaka implantowano stent-graft. W jednym przypadku tętniak uległ zamoistnemu wykrzepieniu z zachowaniem przepływu w tętnicy śledzionowej. U 1 pacjenta wykonano pierwotny zabieg wycięcia tętniaka powikłany przetoką trzustkową wymagającą interwencji endoskopowej.

OMÓWIENIE Strategie postępowania z tętniakami tętnicy śledzionowej obejmują leczenie zachowawcze, wewnątrznaczyniową embolizację spiralą lub klejem, implantację stent-graftu, operacje otwarte i laparoskopowe. Ze względu na znaczny rozwój i rozpowszechnienie technik wewnątrznaczyniowych, są one obecnie najczęściej wybieraną metodą leczenia zabiegowego. Wiążą się z mniejszym odsetkiem powikłań wczesnych, jednak większym ryzykiem powikłań późnych i reinterwencji w porównaniu z operacjami otwartymi. W literaturze wciąż brak jest jednoznacznych standardów postępowania w przypadku rozpoznania tętniaka tętnicy śledzionowej. Trudności dostarcza zarówno diagnostyka, kwalifikacja do zabiegu jak i wybór optymalnej dla danej morfologii tętniaka strategii leczniczej.

WNIOSKI

1. Metody małoinwazyjne mają zdecydowaną przewagę nad chirurgią klasyczną.
2. Wszystkie metody operacyjne obciążone są dużym ryzykiem ciężkich powikłań.

OSTRE NIEDOKRWIENIE KOŃCZYNY DOLNEJ LEWEJ ORAZ NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ U CHOROGE Z TĘJNIAKIEM AORTY BRZUSZNEJ OPEROWANEGO METODĄ OTWARTĄ (CASE REPORT)

I. Kobza¹, Y. Orel¹, A. Yarka¹

1 - LWOWSKI NARODOWY MEDYCZNY UNIWERSYTET DANYŁA GALYCKOGO, LWÓW

WSTĘP: Niedokrwienie jelita grubego jest poważnym powikłaniem po operacjach tętniaka aorty brzusznej. Wiąże się nawet z 80% śmiertelnością.

MATERIAŁ I METODY: 68-letni pacjent przyjęty w trybie nagłym z objawami pękającego tętniaka aorty brzusznej. Po wykonaniu badań diagnostycznych w trybie pilnym wszczepiono protezę aortalno-dwupudową, oraz podwiązano tętnice biodrowe wspólne. Przebieg pooperacyjny powikłany ostrym niedokrwieniem kończyny dolnej lewej oraz objawami niedokrwienia w obrębie jamy brzusznej. Pacjenta w trybie pilnym reoperowano. Stwierdzono prawidłowy napływ z ramienia protezy i niedrożność tętnicy powierzchownej udowej, wobec czego odpreparowano żyłę odpiszczelową wielką i wykonano pomostowanie między podziałem tętnicy udowej powierzchownej i tętnicy podkolanowej. Wykonano także drugie pomostowanie między podziałem od tętnicy udowej głębokiej do tętnicy biodrowej zewnętrznej lewej.

Wyniki: Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Kończyna dolna ucieplona prawidłowo, a objawy niedokrwienne narządów ze strony jamy brzusznej ustąpiły. **Wnioski:** Odwrócony przeszczep z żyły odpiszczelowej wielkiej poprawił ukrwienie kończyny dolnej lewej. Przeszczep żylny między tętnicą głęboką udową a tętnicą biodrową zewnętrzną poprawił ukrwienie narządów jamy brzusznej. Tego typu postępowanie nie wymaga otwarcia jamy brzusznej u chorych wysokiego ryzyka wymagającej reoperacji.

ZACHOWANIE MECHANICZNE WSZCZEPIONEGO LAPAROSKOPOWO IMPLANTU PRZEPUKLINOWEGO W SYMULACJI MATEMATYCZNEJ (CHYBA ŻE WOLISZ KOMPUTEROWEJ?)

I. Lubowiecka¹, K. Szepietowska¹, A. Tomaszewska¹, C. Szymczak²

1 - Politechnika Gdańska, Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska, Gdańsk

2 - Politechnika Gdańska, Wydział Oceanotechniki i Okrętownictwa, Gdańsk

Problem nawrotów i jakości życia pacjenta po operacji przepukliny brzusznej jest zagadnieniem, które wymaga interdyscyplinarnego podejścia łączącego mechanikę i medycynę z wykorzystaniem dostępnych narzędzi matematycznych. Ma to na celu rozpoznanie biomechaniki zdrowego i zoperowanego brzucha człowieka w celu określenia przyczyn zniszczenia połączeń siatki z organizmem oraz wskazania sposobu jego eliminacji.

Cel pracy: Celem pracy było opracowanie modelu zachowania się implantu przepuklinowego w jamie otrzewnej w zależności od wybranych parametrów mechanicznych implantów i przedniej ściany brzucha. Materiał i metoda: Przepuklina brzuszna, zoperowana z użyciem implantu jest układem mechanicznym, w którego skład wchodzi powięź ściany brzucha, łączniki i implant. W modelowaniu wzięto pod uwagę parametry jego elementów składowych jak właściwości tkanki ludzkiej i wszczepianego implantu oraz sposób jego mocowania a także zachowanie zaopatrzonej ściany brzucha w sensie mechanicznym. Uwzględniono ekstremalne odkształcenia wywołane ciśnieniem wewnątrzbrzusznym i fizjologicznymi ruchami człowieka. W ramach przeprowadzonych badań przygotowano modele matematyczne i numeryczne wszczepionego implantu i poddano je analizie mechanicznej. Badano zachowanie statyczne układu poddanego działaniu wymuszeń kinematycznych wywołanych ruchem człowieka i dynamiczne pochodzące od ciśnienia wewnątrzbrzusznego.. Określono siły działające w połączeniach implantu z tkanką. Badania te objęły identyfikację parametrów materiałowych implantów na podstawie testów jednoosiowych, modelowanie matematyczne implantu wraz z prawami konstytutywnymi materiału oraz symulację numeryczną zachowania układu złożonego z tkanki i implantu. Analizę numeryczną oparto na metodzie elementów skończonych. Wyniki: Na podstawie wyników symulacji przeprowadzono optymalizację sposobu wszczepiania siatki z uwagi na minimalizację sił w połączeniach z tkanką. Modele opisane w ramach eksperymentu wykazują różnorodność sposobów połączenia tkanki z implantem dla różnych jego rodzajów. Algorytmy mocowania opisano w tabelach. Wnioski: Przeprowadzone modelowanie wykazało, że algorytm mocowania siatek przepuklinowych w metodzie laparoskopowej nie jest jednorodny. Rodzaj implantu, wytrzymałość takerów i lokalizacja pierścienia przepuklinowego determinują wybór implantu i zastosowany algorytm mocowania. Obserwacje te powinny przyczynić się do optymalizacji sposobu mocowania implantu w praktyce klinicznej.

PRZEPUKLINY ZASŁONOWE. DIAGNOSTYKA, LECZENIE I OMÓWIENIE PRZYPADKÓW LECZONYCH W ODDZIALE CHIRURGICZNYM SPZZOZ W SIERPCU

K. Łukasiak¹, S. Głowacki¹, T. Pokładowski¹, Z. Suwała¹

1 - Oddział Chirurgiczny; SPZZOZ w Sierpcu, Sierpc

Przepukliny zasłonowe spotyka się bardzo rzadko. Zalicza się je do przepuklin brzusznych o nietypowej lokalizacji. Stanowią mniej niż 0,1% wszystkich przepuklin. Chirurg spotyka pojedyncze przypadki w ciągu całej kariery zawodowej. Ze względu na trudności diagnostyczne, podeszły wiek chorych, schorzenie to niesie ze sobą wysokie ryzyko zgonu. Około 80% przepuklin tego typu ulegają uwięźnięciu. Autorzy pracy przedstawiają 3 przypadki przepukliny zasłonowej leczone w Oddziale Chirurgicznym w Sierpcu w latach 2008-2014, omawiają objawy kliniczne, diagnostykę i metody leczenia operacyjnego przepuklin zasłonowych.

LECZENIE TZW. "OLBRZYMICH" PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH

M. Pirski¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej Szpital św. Wincentego, Gdynia

Wstęp. Wraz z postępowaniem w chirurgii jamy brzusznej pojawiły się przepukliny pooperacyjne. Ocenia się, że przepuklina w bliźnie pooperacyjnej stanowi powikłanie występujące w 5-10% wszystkich laparotomii. Nawrotowość przepuklin brzusznych waha się od 20–50%. Kolejnym ważnym zagadnieniem są przepukliny kresy białej.

Cel pracy Celem pracy jest przedstawienie własnego doświadczenia w leczeniu tzw. "olbrzymich" przepuklin brzusznych pooperacyjnych, jak i kresy białej. Materiał: W okresie styczeń 2014-kwiecień 2015 operowaliśmy w 40 chorych /K 22, M 18/ Wiek kobiet 36 - 83 lat /śr.62/, mężczyzn 34-77 lat /śr. 57,5/. Przyczyny przyjęcia: przepukliny w bliźnie pooperacyjnej /33x/, przepuklina kresy białej /4x/, przepuklina kresy białej z jednoczesną przepukliną pępkową /3x/. Wykonaliśmy zabiegi operacyjne: operacja Ramireza /15x/, operacja Rives-Flament /10x/, wszycie siatki pod mięśnie proste we wrotach przepukliny /met. subway-8x/, operacje laparoskopowe /4x/, operacja metodą onlay /2x/ oraz zabieg położenia siatki antyadhezyjnej bezpośrednio na jelita /1x/. W przypadkach przepuklin śr.do 10 cm polecamy techniki laparoskopowe /siatki Ventrallight ST EchoPS firmy Bard/. Gdy przepukliny głównie w bliźnie pooperacyjnej są bardzo duże wielkości 20 - 30 cm lub jest ich równocześnie kilka, najczęściej stosujemy technikę nadotrzewnowego wszycia siatki prolenowej pod mięśnie z odtworzeniem ciągłości pochewki przedniej mięśni prostych/ met. Rives-Flamant/, zaś przy dużym napięciu nacinaamy dodatkowo mięśnie skośne zewnętrzne / met. Ramireza/. U osób starszych, obciążonych zabieg ograniczamy do minimum, podszywając siatkę we wrotach przepukliny z marginesem 5 cm / technika subway/. Powikłania po zabiegu- 4x surowiczaki, 1x zropienie siatki. Inna metoda, zastosowanie siatki samoprzylepnej Parietex lub Adhesix, bezpośrednio na blaszkę powięzi mięśni /technika onlay/. Jedynie 1x siatkę umiejscowiono bezpośrednio na jelita /IPOM/

Wnioski 1. Tzw. "olbrzymie" przepukliny brzuszne, zwłaszcza nawrotowe, stanowią poważny problem chirurgiczny. Kwalifikacja do zabiegu musi być bardzo selektywna w porozumieniu z internistą i anestezjologiem. 2. Przepukliny tego typu powinny być operowane w ośrodku o dużym doświadczeniu, 3. W przypadku przepuklin, najlepiej o średnicy do 10 cm, należy rozważyć w pierwszej kolejności techniki laparoskopowe 4. Każde wszycie siatki syntetycznej w dużych przepuklinach, wymaga profilaktyki antybiotykowej.

OPERACJE PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH METODĄ CAŁKOWICIE PRZEDOTRZEWNOWĄ - WCZESNE WYNIKI PLAKAT

H. Razak Hady¹, J. Łapiński², P. Myśliwiec¹, M. Łuba¹, P. Wojskowicz¹, J. Dadan¹

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

2 - Oddział Chirurgiczny Szpitala Powiatowego w Łapach, Białystok

Laparoskopowe metody naprawy przepuklin pachwinowych stanowią obecnie standard w postępowaniu u osób które oczekują szybkiego powrotu do aktywności fizycznej oraz w przypadku przepuklin nawrotowych i obustronnych. Wśród technik laparoskopowych które oferują najmniejsze ryzyko nawrotu technika TEP wiąże się ze zdecydowaniem mniejszym bólem pooperacyjnym oraz w porównaniu z metodą TAPP również mniejszym bólem w długotrwałym okresie obserwacji.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawianie własnych wczesnych wyników operacji przepuklin pachwinowych metodą całkowicie przedotrzewnową.

Metodyka: Operację przepukliny metodą całkowicie przedotrzewnową wykonano u 53 pacjentów (13 kobiet, 40 mężczyzn). Technika zabiegu polegała na wprowadzeniu 3 troakarów rozmieszczonych wzdłuż linii pośrodkowej ciała. Operowano w przestrzeni przedotrzewnowej używając 5mm kamery i dwóch 5mm narzędzi roboczych

Wyniki: Średni czas trwania pierwszych 10 zabiegów wyniósł 89 min, średni czas kolejnych zabiegów w technice TEP 73min. Operacje przepuklin w tej metodzie wykonano u 4 pacjentów po przebytej wcześniej prostatektomii, u 3 po appendektomii sposobem klasycznym. W przedstawionym materiale: w jednym przypadku ze względu na krwawienie z tętnicy nabrzusznej wykonano konwersję do metody klasycznej natomiast przebiecie otrzewnej podczas wprowadzania troakarów w kolejnym przypadku wymagało wykonania operacji metodą TAPP. Pacjenci opuszczali szpital w I dobie po zabiegu w bardzo dobrym stanie ogólnym, zazwyczaj nie wymagając podawania żadnych leków p/bólowych

Wnioski: Metoda całkowicie przedotrzewnowa jest naprawy przepuklin pachwinowych jest zabiegiem minimalizującym ryzyko nawrotu oraz ból pooperacyjny znacznie skracając czas hospitalizacji i powrót do sprawności fizycznej.

WPŁYW RODZAJU POWŁOK ANTYBAKTERYJNYCH NA TWORZENIE BIOFILMU BAKTERYJNEGO

A. Reśliński¹, K. Skowron², J. Kwiecińska-Piróg², A. Budzyńska², A. Kaczmarek², E. Gospodarek², M. Słupski³

1 - Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Katedry Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

2 - Katedra i Zakład Mikrobiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

3 - Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej Katedry Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

Głębokie zakażenie miejsca operowanego (GZMO) obejmujące wszczepiony biomateriał stanowi jedno z najgroźniejszych powikłań towarzyszących stosowaniu materiałów syntetycznych w chirurgii przepuklin. Wykazano, że bakterie kolonizują nie tylko siatkę czy łątę użytą do zaopatrzenia przepukliny, ale również materiał szewny. Do głównych czynników etiologicznych GZMO zalicza się *Staphylococcus aureus* i *Escherichia coli*. Stosowane w praktyce klinicznej metody zachowawczego leczenia GZMO są na ogół nieskuteczne, co wynika, m.in., z powstawania biofilmu na powierzchni biomateriału. Niepowodzenia terapeutyczne spowodowały, że szczególną uwagę zwrócono na profilaktykę GZMO. Opracowano różne metody zapobiegania temu powikłaniu polegające, m.in. na pokrywaniu powierzchni biomateriału substancjami o działaniu przeciwbakteryjnym. Celem niniejszej pracy była ocena wpływu powłok antybakteryjnych na tworzenie biofilmu w warunkach *in vitro*.

Materiał i metody. Metodą ilościową oceniano tworzenie biofilmu przez szczep *Staphylococcus aureus* ATCC 35556 oraz *Escherichia coli* ATCC 25922 na powierzchni łąty z ekspandowanego politetrafluoroetyleny (ePTFE), łąty ePTFE pokrytej chlorheksydyną i jonami srebra, wchłanianej multifilamentowej nici poliglaktynowej oraz wchłanianej multifilamentowej nici poliglaktynowej powlekanej triclosanem.

Wyniki. Z biofilmu utworzonego przez *S. aureus* ATCC 35556 na powierzchni łąty ePTFE pokrytej chlorheksydyną i jonami srebra izolowano znamienne mniej jednostek tworzących kolonie na mililitr zawiesiny (j.t.k. x ml⁻¹) niż z biofilmu na implancie bez powłoki (odpowiednio mediana 0,01 x 10⁴ oraz 57,00 x 10⁴). Taki sam efekt zastosowania powłoki składającej się z chlorheksydyny i jonów srebra stwierdzono w przypadku szczepu *E. coli* ATCC 25922 (odpowiednio mediana 475,00 x 10⁴ oraz 2500,00 x 10⁴). Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w tworzeniu biofilmu przez badane szczepy na powierzchni szwu powlekanego triclosanem oraz nici bez antyseptyku (odpowiednio dla *S. aureus* mediana 34,00 x 10⁴ oraz 48,35 x 10⁴, a dla *E. coli* 210,00 x 10⁴ oraz 250,00 x 10⁴).

Wnioski. Powłoka antybakteryjna może ograniczać powstawanie biofilmu na powierzchni biomateriału. Wpływ na tworzenie biofilmu zależy od substancji przeciwbakteryjnych wchodzących w skład powłoki.

PIERWOTNA PREWENCJA PRZEPUKLIN OKOŁOSTOMIJNYCH - DOŚWIADCZENIA WŁASNE.

R. Skibiński¹, A. Pasternak¹, M. Szura¹, R. Solecki¹, M. Matyja², A. Matyja¹

1 - I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium w Krakowie., Kraków

2 - II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium w Krakowie., Kraków

Przepuklina okołostomijna jest jednym z najczęstszych miejscowych powikłań stomii. Jej wystąpieniu towarzyszą uciążliwe objawy i dyskomfort psychiczny, skutkujące obniżeniem jakości życia pacjentów. Około 50% chorych jest zagrożonych rozwojem objawowej przepukliny okołostomijnej, a najbardziej narażone są te osoby, u których wykonano zabieg wyłonienia kolostomii.

Cel: Celem pracy była weryfikacja czy zastosowanie niewchłanialnego monofilamentowego syntetycznego szwu kapciuchowego (rozmiar USP: 1,0) na powięzi dookoła brzegów otworu wyłanianej stomii ma znaczenie dla pierwotnej prewencji powstawania przepukliny okołostomijnej.

Materiał i metody: Badaniem objęto 82 pacjentów. Pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy w zależności od tego czy w trakcie zabiegu wyłaniania kolostomii jednolufowej stosowano dodatkowy szew wzmacniający. Grupę I stanowiło 32 pacjentów z wyłonioną stomią z zastosowaniem ww prewencji, grupę II - 50 pacjentów bez stosowania ww prewencji. Wszystkie procedury przeprowadzono metodą otwartą. Pacjenci byli obserwowani przez tydzień, miesiąc i rok po zabiegu.

Wyniki: Stwierdzono istotną różnicę w częstości występowania przepukliny okołostomijnej. W I grupie obserwowano częstość powstania przepukliny na poziomie 10%, w II grupie odsetek ten wynosił 30%.

Wnioski: Opisana przez nas pierwotna prewencja przeciw przepuklinom okołostomijnym ma istotny wpływ na późniejsze efekty leczenia oraz występowanie powikłań związanych z wyłonieniem stomii. Metoda ta wydaje się być prosta i bezpieczna oraz zalecana z uwagi na znaczne zmniejszenie występowania przepuklin okołostomijnych i kosztów ich leczenia.

PORÓWNANIE WYNIKÓW LECZENIA PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH METODĄ TAPP W ZALEŻNOŚCI OD ZASTOSOWANEGO MATERIAŁU MOCUJĄCEGO

M. Szura¹, A. Pasternak², R. Solecki¹, A. Matyja¹

1 - Uniwersytet Jagielloński, I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Kraków

2 - Uniwersytet Jagielloński, I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Kraków

Laparoskopowa implantacja siatki przy zaopatrzeniu przepukliny pachwinowej wymaga użycia jednego z dostępnych materiałów mocujących. Jest to konieczne przy zastosowaniu polipropylenowych siatek płaskich. Niestety związane jest to z występowaniem bólu pooperacyjnego oraz przy niedostatecznym umocowaniu z możliwością migracji siatki. Stosując asymetryczne anatomicznie ukształtowane siatki dostosowane wielkością do wielkości pola operacyjnego taka konieczność wydaje się wątpliwa.

Celem pracy jest porównanie wyników wczesnych i odległych leczenia metodą TAPP pacjentów z przepukliną pachwinową z zastosowaniem lekkich anatomicznych asymetrycznych siatek polipropylenowych mocowanych klejem, zszywkami lub nie mocowanych w ogóle.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 97 pacjentów u których laparoskopowo zaopatrzone 137 przepuklin pachwinowych metodą TAPP z wykorzystaniem lekkich siatek polipropylenowych o anatomicznym kształcie. Pacjentów przyporządkowano do trzech grup w zależności od zastosowanego materiału mocującego. Grupę I stanowiło 32 przepukliny mocowane zszywkami, grupę II 52 przepukliny mocowane klejem, a grupę III 53 przepukliny jedynie pokryte otrzewną ścienną. Wszystkie zabiegi wykonywano z dostępu przez otrzewnowego, w przypadku użycia materiału mocującego zszywki i klej zakładano brzeźnie na siatkę z ominięciem tzw. trójjąłłów niebezpiecznych i bólowych, siatkę każdorazowo pokrywano otrzewną ścienną, którą zeszywano szwem ciągłym wchłanialnym. Pacjenci byli kontrolowani po tygodniu, miesiącu i po roku od zabiegu operacyjnego. Do oceny dolegliwości bólowej stosowano skalę VAS.

Wyniki: Nie zaobserwowano różnic w częstości występowania obrzęku, krwiaka lub surowiczaka w okresie pooperacyjnym. W pierwszym tygodniu pooperacyjnym średnia ocen dolegliwości bólowych wg skali VAS w grupie I wynosiła 3,17, w grupie II – 2,54 i w grupie III-2,47, natomiast po miesiącu odpowiednio (2,3), (1,4) i (1,4). Nie zaobserwowano różnic w występowaniu przewlekłego bólu pooperacyjnego.

Wnioski: Laparoskopowe zaopatrzenie przepukliny pachwinowej związane jest z niewielkimi dolegliwościami bólowymi w okresie pooperacyjnym. Większe dolegliwości bólowe występowały u pacjentów u których użyto zszywek do umocowania siatki. Brak zastosowania materiałów mocujących anatomicznie asymetryczne siatki polipropylenowe przy laparoskopowym zaopatrzeniu przepuklin pachwinowych jest metodą bezpieczną i nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem migracji siatki.

MAPA ODKSZTAŁCEŃ PRZEDNIEJ ŚCIANY BRZUCHA - UJĘCIE BIOMECHANICZNE SPOSOBU ZAOPATRYWANIA PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH METODĄ LAPAROSKOPOWĄ.

C. Szymczak¹, A. Tomaszewska¹, I. Lubowiecka¹, M. Śmietański²

1 - Politechnika Gdańska, Gdańsk

2 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

W Polsce wykonuje się 30 tys. operacji przepuklin brzusznych rocznie. Operacja zaopatrzenia przepukliny polega na pokryciu otworu implantem i zamocowaniu go w powięzi ściany brzucha. Dobór optymalnej metody zaopatrzenia, a także dobór implantu i sposobu jego zamocowania nie jest do końca zdefiniowany, o czym świadczy liczba nawrotów choroby, sięgająca nawet 20%. Autorzy przypuszczają, że fizjologiczne odkształcenia przedniej ściany brzucha mogą prowadzić do powstawania napięć na łącznikach i być przyczyną oderwania siatki od przedniej ściany brzucha.

Cel pracy: Celem pracy było określenie wartości odkształceń przedniej ściany brzucha w warunkach fizjologicznych dla poszczególnych stref anatomicznych.

Materiał i metoda: W badaniach autorzy zastosowali podejście biomechaniczne do problemu zachowania wszczepionego implantu podlegającego odkształceniom wywołanym ruchami fizjologicznymi człowieka, co z kolei prowadzi do powstawania sił w połączeniu siatki z tkanką. Wykonano analizę ruchów przedniej ściany brzucha opartą na optycznie zarejestrowanych przemieszczeniach brzuchów zdrowych ludzi. Badaniu poddano 7 zdrowych ochotników. Wyznaczono zakresy ekstremalnych odkształceń brzucha w różnych strefach implantacji siatek przepuklinowych. W badaniach zastosowano autorskie procedury analizy danych pomiarowych.

Wyniki: Wyróżniono strefy z mniejszymi i większymi odkształceniami oraz kierunki, w których występują ekstrema. Największe odkształcenia zaobserwowano wzdłuż linii pośrodkowej ciała sięgające nawet 200%. Najmniejsze odkształcenia charakteryzowały region pachwinowy i boczne regiony podżebrowe. Rozciągnięcia w różnych osiach wykazywały znaczne różnice dla poszczególnych stref.

Wnioski: Istotne klinicznie jest dostosowanie orientacji kierunku wszczepiania implantów wykonanych z materiału o nieizotropowych własnościach mechanicznych do odkształceń brzucha z uwagi na zmieniający się rozkład sił w połączeniach wraz ze zmianą orientacji sztywności siatek. Można dzięki temu wpłynąć na wartości maksymalnych sił w połączeniu tak aby zapobiegać potencjalnemu nawrotowi przepukliny.

BEZPIECZEŃSTWO I SKUTECZNOŚĆ UŻYCIA IMPLANTU VENTRALIGHT ST Z SYSTEMEM POZYCJONOWANIA ECHO W LAPAROSKOPOWYM ZAOPATRZENIU PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH - BADANIE PROSPEKTYWNE O 12 MIESIĘCZNYM OKRESIE OBSERWACJI

M. Śmietański¹, K. Bury², A. Lehmann³, I. Lubowiecka⁴, M. Pawlak², C. Szymczak⁵, A. Tomaszewska⁴

1 - Gdański Uniwersytet Medyczny, II Zakład Radiologii, Gdańsk

2 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, Gdańsk

3 - Szpital Specjalistyczny w Wejherowie, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wejherowo

4 - Politechnika Gdańska, Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska, Gdańsk

5 - Politechnika Gdańska, Wydział Oceanotechniki i Okrętownictwa, Gdańsk

Laparoskopowe zaopatrzenie przepuklin brzusznych jest coraz popularniejszą techniką operacyjną. Każdego roku korporacje medyczne wprowadzają nowe lub zmodyfikowane implanty o różnej strukturze i architekturze splotu. W poprzednich pracach wykazaliśmy, że konstrukcja siatki, właściwości anizotropowe i rodzaj mocowania mogą wpływać na wynik zabiegu operacyjnego. Wykazano, jako rezultat modelowania matematycznego, że algorytm fiksacji implantu nie jest stały. Dlatego każdy implant przed wprowadzeniem na rynek powinien być badany eksperymentalnie wraz z dedykowanym urządzeniem mocującym w celu określenia tego algorytmu.

Cel badania: Celem badania było ocenienie bezpieczeństwa i skuteczności stosowania implant Ventralight ST z dedykowanym takerem SorbaFix w badaniu prospektywnym.

Materiał i metoda: Badanie zostało zaprojektowane jako jednośrodkowe badanie prospektywne o okresie obserwacji 12 miesięcy. 22 chorych było operowanych z powodu rozpoznanej przepukliny brzusznej z użyciem implantu Ventralight ST z systemem pozycjonowania ECHO. Sposób mocowania implantu był oparty o wcześniej opracowany model matematyczny. Głównymi parametrami ocenianymi w badaniu był odsetek nawrotów i bólu pooperacyjnego w okresie obserwacji 1, 2 i 12 miesięcy po zabiegu operacyjnym.

Wyniki: 2 nawroty zanotowano w okresie obserwacji. Jeden u chorego operowanego z powodu przepukliny okołostomijnej i kolejny u chorej z dużą przepukliną pooperacyjną (wskazanie graniczne). Ból był raportowany przez 22 chorych (41%) i u większości chorych zanikał po 3 miesiącach po zabiegu operacyjnym (4 pacjentów, 7%). Nasilenie bólu w skali VAS w całej grupie badanej było niskie - <2, jednak u 2 chorych obserwowano silne dolegliwości bólowe o nasileniu > 6 w całym okresie obserwacji.

Wnioski: Implant Ventralight ST Echo PS mocowany staplerem Sorbafix jest wartościową i bezpieczną opcją w laparoskopowej naprawie przepuklin brzusznych i pooperacyjnych. W opinii autorów może być rozważany do zaopatrywania wszystkich przepuklin brzusznych z zastrzeżeniem ograniczenia wielkością pierścienia (<10 cm). Wielkość ta wynika tak z opracowanych modeli matematycznych jak i praktyki klinicznej.

ZACHOWANIE MECHANICZNE WSZCZEPIONEGO IMPLANTU WEWNĄTRZBRZUSZNEGO W LECZENIU PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH METODĄ LAPAROSKOPOWĄ W BADANIACH EKSPERYMENTALNYCH.

A. Tomaszewska¹, I. Lubowiecka¹, C. Szymczak², K. Bury³, M. Śmietański⁴

1 - Politechnika Gdańska, Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska, Gdańsk

2 - Politechnika Gdańska, Wydział Oceanotechniki i Okrętownictwa, Gdańsk

3 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, Gdańsk

4 - Gdański Uniwersytet Medyczny, II Zakład Radiologii, Gdańsk

Zachowanie implantu przepuklinowego wszczepionego w ścianę brzucha nie jest w pełni poznane, podobnie jak powody nawrotów choroby. Dlatego zespół autorów przeprowadził badania eksperymentalne zachowania układów ściana brzucha – łączniki – siatki pod wpływem obciążenia symulującego pooperacyjny kaszel pacjenta. Przypuszcza się, że kaszel pooperacyjny może być jedną z przyczyn zerwania połączenia siatki z tkanką, co skutkuje nawrotem choroby.

Cel pracy: Celem pracy było określenie wytrzymałości połączenia implantu wewnątrzbrzusznego z przednią ścianą brzucha dla różnego typu implantów i takerów w warunkach eksperymentalnych.

Materiał i metoda: W badaniach użyto tkanek świńskich, syntetycznych siatek chirurgicznych (Proceed Surgical Mesh, Parietex Composite, DynaMesh-IPOM, Gore Dualmesh Biomaterial, Physiomesh) oraz syntetycznych bądź metalowych łączników (ProTack, Absorbatack, Endo Hernia Stapler, Securestrap, szwy chirurgiczne) używanych w operacjach przepuklin brzusznych. Przeprowadzono 200 eksperymentów na modelach przepuklin o średnicach 5 i 8 cm. Przyjęto różne konfiguracje materiałów, w których siatki mocowano punktowo do tkanek za pomocą zszywek lub/i szwów. Testy przeprowadzono w specjalnie skonstruowanej komorze ciśnieniowej, w której modele obciążano w sposób dynamiczny impulsem ciśnienia powietrza o wartości ekstremalnej około 35 kPa. Każdy model obciążano maksymalnie pięciokrotnie.

Wyniki: Wyróżniono mocniejsze i słabsze algorytmy zaopatrzenia wrót przepukliny brzusznej, w zależności od zastosowanego implantu oraz liczby oraz typów łączników. Zaobserwowano, że implanty wykazują własności ortotropowe, tzn. zachowują się różnie w dwóch wzajemnie prostopadłych kierunkach wyróżnionych w płaszczyźnie implantu. Opisano sposoby powstania uszkodzeń modeli. Zaobserwowano, że uszkodzenia są spowodowane przerwaniem implantu w miejscu mocowania, wyrwania łącznika z tkanki, albo uszkodzeniem łącznika. Jako czynniki wpływające na stabilność połączenia wyodrębniono: sprężystość implantu i jego lokalna wytrzymałość na przebicie łącznikiem, rodzaj i siła podtrzymania takera, wielkość defektu i wspomagające szwy przezbrzuszne.

Wnioski: Przeprowadzone badania uzupełniają obserwacje kliniczne dotyczące wytrzymałości danego rozwiązania medycznego (układ implant-taker-ściana brzucha) i pozwalają określić przyczyny dysfunkcji badanego układu, co często nie jest możliwe w ciele pacjenta.

PRZEZSKÓRNA ANGIOPLASTYKA ZWĘŻENIA PRZETOKI DIALIZACYJNEJ WYKONYWANA POD KONTROLĄ ULTRASONOGRAFII JAKO ALTERNATYWA DLA FLUOROSKOPII.

J. Turek¹, N. Zapotoczny¹, A. Łoś¹, K. Dyś¹, W. Witkiewicz¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

Wstęp i cele: Utrzymanie drożności przetok dializacyjnych jest podstawowym problemem w leczeniu nerkozastępczym. Wczesne wykrycie istotnego zwężenia przetoki umożliwia zastosowanie małoinwazyjnych metod chirurgicznej naprawy. Przeszkórna angioplastyka balonowa pod kontrolą fluoroskopii jest standardową procedurą stosowaną do utrzymania drożności zwężonych naczyń przetoki. Zabieg ten jest zwykle wielokrotnie powtarzany w odstępach kilkumiesięcznych z powodu nawracania zwężenia. Stosowane przy fluoroskopii środki kontrastowe są nefrotoksyczne i u pacjentów z zachowaną resztkową funkcją wydalniczą nerek mogą doprowadzić do jej całkowitej utraty. Ponadto, zarówno pacjent, jak i personel medyczny, są narażeni na działanie promieniowania jonizującego. Wykorzystanie do obrazowania ultrasonografii eliminuje czynniki szkodliwe i obniża koszty procedury, a osiągnięte efekty są porównywalne.

Materiał i metody: Na podstawie badania ultrasonograficznego rozpoznano istotne zwężenie przetoki dializacyjnej u 39 pacjentów. Wszystkich pacjentów zakwalifikowano do leczenia wewnątrznaczyniowego - przezskórnej angioplastyki balonowej wykonanej pod kontrolą ultrasonografii. Przed i po każdym zabiegu oznaczano parametry przepływu krwi w przetoce. **Wyniki:** Od czerwca 2013 do listopada 2014 wykonano 46 zabiegów balonowej angioplastyki przetok dializacyjnych w obrazowaniu usg - 39 zabiegów pierwotnych i 7 reinterwencji. 44 zabiegi zostały zakończone z dobrym efektem hemodynamicznym. W 2 przypadkach zabiegi zakończyły się niepowodzeniem - 1 zabieg wymagał konwersji do operacji otwartej, kolejny zabieg zakończył się uszkodzeniem żyły i utratą przetoki. Spośród 39 pacjentów 6 wymagało interwencji z powodu ponownych zwężeń, które zostały stwierdzone 2-6 miesięcy po zabiegu pierwotnym (u jednego z pacjentów dwukrotnie). 44 zabiegi wykonano w trybie planowym. W 2 przypadkach nagłych stwierdzono zakrzepnięcie przetoki dializacyjnej z powodu istotnego zwężenia - wykonano otwartą trombektomię, a następnie angioplastykę balonową zwężenia w obrazowaniu usg. **Wnioski:** Przeszkórna angioplastyka zwężenia przetoki dializacyjnej wykonywana pod kontrolą ultrasonografii jest metodą bezpieczną i stanowi alternatywę dla zabiegów wykonywanych z użyciem fluoroskopii. Czas zabiegu jest krótki, zabieg jest małoinwazyjny, a koszty stosunkowo niskie. Uzyskano wysoki wskaźnik drożności pierwotnej wspomaganej przetok dializacyjnych, które nadawały się do użycia bezpośrednio po wykonaniu zabiegu.

OCENA WYBRANYCH CZYNNIKÓW ANGIOGENEZY W SUROWICY KRWI U CHORYCH Z OTYŁOŚCIĄ OLBRZYMIĄ

M. Wiewióra¹, J. Piecuch², A. Mertas³, M. Glúck¹, W. Żurawiński¹, W. Król³, K. Sosada¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko - Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

2 - Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko - Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

3 - Katedra i Zakład Mikrobiologii i Immunologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko - Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

Wstęp: Rozwój otyłości jest związany ze zmianami struktury tkanki tłuszczowej, co dotyczy zarówno adipogeny, angiogeny jak i remodelingu macierzy międzykomórkowej. Wyniki badań wskazują, że tkanka tłuszczowa może stymulować angiogenezę. W zwierzęcych modelach otyłości rozwój tkanki tłuszczowej jest związany z nasileniem angiogeny, podczas gdy inhibitory angiogeny wywołują efekt hamowania.

Cel pracy: ocena stężeń naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu (Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF), angiopoetyny 2 i folistatyny u chorych z otyłością olbrzymią zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego.

Metodyka: Do badania włączono 40 chorych. Średni wiek pacjentów wynosił 37.2 ± 8.56 lat. Średnia wartość wskaźnika masy ciała (BMI) wynosiła 51.7 ± 15.27 . Z badania wyłączono chorych z cukrzycą, chorobą tętnic obwodowych, przewlekłą niewydolnością żylną w stopniu wyższy niż C1 według klasyfikacji CEAP (Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology classification), chorobami tarczycy, nerek, obturacyjnym bezdechem nocnym oraz palących papierosy. Grupę kontrolną stanowiło 15 osób. Średni wiek w grupie kontrolnej wynosił 33.6 ± 9.3 lat. Średnia wartość BMI wynosiła 23.4 ± 1.43 . Grupę kontrolną utworzono uwzględniając kryteria wykluczenia identyczne jak w grupie chorych otyłych. Oznaczenia VEGF, angiopoetyny 2 i folistatyny wykonano za pomocą aparatu Bio-Plex Multiplex System firmy Bio-Rad.

Wyniki: Nie stwierdzono różnic w rozkładzie płci i wieku pomiędzy grupami. BMI ($P < 0.00001$) i współczynnik WHR ($P < 0.00001$) były istotnie wyższe w grupie otyłych. Średnie stężenie angiopoetyny-2 było istotnie wyższe u otyłych w porównaniu do grupy kontrolnej (0,969 vs 0,446; $P < 0.05$). Podobny wynik uzyskano dla folistatyny (0.314 vs 0.16; $P < 0.005$). Natomiast stężenie VEGF (0.12 vs 0.088; $P < 0.2$) nie różniło się istotnie pomiędzy grupami.

Wnioski: Otyłości olbrzymiej towarzyszy wzrost niektórych czynników angiogeny w surowicy krwi.

WCZESNE I PÓŹNE WYNIKI LECZENIA CHORYCH Z TĘTNIAKIEM AORTY BRZUSZNEJ

W. Witkiewicz¹, J. Gnus¹, S. Ferenc¹, W. Hauzer¹, S. Drelichowski¹, M. Dziewiszek¹, P. Dawidczyk¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

WSTĘP: W pracy przedstawiono metodę otwartą i metodę wewnątrznacyniową. Metoda wewnątrznacyniowa cechuje się mniejszą inwazyjnością, a przez to mniejszą liczbą powikłań i śmiertelnością.

CEL PRACY: Porównanie wczesnych i późnych wyników leczenia tętniaków aorty brzusznej w trybie planowym u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka z zastosowaniem metody otwartej i metody wewnątrznacyniowej.

MATERIAŁ I METODY: W latach 2002-2011 operacje tętniaka aorty brzusznej w trybie planowym wykonano u 390 pacjentów, zakwalifikowanych do grupy wysokiego ryzyka. Wymogiem kwalifikacji było spełnienie jednego z następujących warunków: wiek \geq 80 lat, nasiloną pojemność wydechowa pierwszo sekundowa (FEV1) $<$ 1L, pojemność życiowa płuc (VC) $<$ 50% przewidywanej wartości, PaO2 $<$ 70 mmHg, PCO2 $>$ 45 mmHg i tlenoterapia w warunkach domowych, frakcja wyrzutowa (EF) $<$ 40% przewidywanej wartości, duszność stopnia III lub IV w skali NYHA, niewydolność nerek ze stężeniem kreatyniny w osoczu \geq 2 mg/dL, przebyty udar mózgu. Spośród 390 pacjentów, u 275 tętniaka aorty brzusznej zaopatrzone wewnątrznacyniowo, a u 115 metodą klasyczną. Analizie poddano wczesne i późne powikłania oraz śmiertelność pooperacyjną.

WYNIKI: Śmiertelność do 30 dni po operacjach wewnątrznacyniowych wyniosła 1,45% a po operacjach otwartych 7,83% , co okazało się istotne statystycznie. Śmiertelność w okresie od 30 dni do 1 roku po operacji wewnątrznacyniowej wyniosła 8,73% , a po operacjach metodą otwartą 15,65%, co również było istotne statystycznie. Krwawienia, sepsa i ostre niedokrwienie jelit w okresie 30 dni po operacji metodą otwartą wystąpiły statystycznie częściej w porównaniu z pacjentami leczonymi wewnątrznacyniowo. W okresie od 30 dni do 1 roku statystycznie częściej odnotowano niewydolność krążenia i sepsę u chorych leczonych metodą otwartą.

WNIOSKI: Planowe leczenie tętniaków aorty brzusznej metodą wewnątrznacyniową wiąże się z mniejszą śmiertelnością oraz mniejszą liczbą powikłań, zarówno wczesnych, jak i późnych w porównaniu z metoda otwartą.

SESJA PLAKATOWA - 11 września 2015

METACHRONICZNY RAK ŻOŁĄDKA PO SUBTOTALNEJ RESEKCJI Z POWODU RAKA - OPIS PRZYPADKUT. Al-Amawi¹, M. Halczak¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PUM, Szczecin

Rak żołądka jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych i jedną z głównych nowotworowych przyczyn zgonów. Nowotwór ten charakteryzuje się złym rokowaniem, co wynika między innymi z rozpoznania choroby w zaawansowanym stadium. Zaledwie u co dziesiątego pacjenta z rakiem żołądka diagnozowany jest rak wczesny. Rak tego narządu często ma charakter wieloogniskowy. Szacuje się, że synchroniczny i metachroniczny rak żołądka może występować u 10-20% chorych. Częstość występowania kolejnego raka żołądka u pacjenta po resekcji z powodu raka szacuje się na 1,8% do 2,4%.

Opisy przypadku

W lipcu 2011 roku u 65 letniego pacjenta wykonano subtotalną resekcję żołądka z powodu raka wczesnego części przedodźwiernikowej. W badaniu histopatologicznym rozpoznano gruczolakoraka typu jelitowego, dobrze zróżnicowanego (G1), IIIC wg Goseki. Rak naciekał błonę śluzową i podśluzową (T1) nie stwierdzono przerzutów do węzłów chłonnych. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań, chory został wypisany do domu w 12 dobie pooperacyjnej.

3 lata po zabiegu resekcyjnym w kolejnym kontrolnym badaniu endoskopowym rozpoznano metachronicznego raka okolicy podwpustowej. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego. We wrześniu 2014 roku wykonano u niego resekcję pozostałego fragmentu żołądka (degastrektomia). Makroskopowo stwierdzono owrzodziały guz średnicy 2,5 cm. W badaniu histopatologicznym rozpoznano gruczolakoraka śluzowego, typ jelitowy, który naciekał warstwę mięśniową błony śluzowej, bez przerzutów do węzłów chłonnych. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjent został wypisany do domu w 10 dobie pooperacyjnej z zaleceniem regularnej kontroli w Poradni Przyklinicznej. Ostatnio wykonane badania nie wykazały cech wznowy procesu nowotworowego.

REFLUKS JELITOWO-PRZEŁYKOWY I ŻÓŁCIOWY U PACJENTÓW PO CAŁKOWITYM WYCIĘCIU ŻOŁĄDKA Z POWODU RAKA.

R. Bandurski¹, K. Kondziej-Muszyńska², M. Gryko¹, K. Zaręba¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

2 - Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Całkowite wycięcie żołądka jest jedną z najczęściej stosowanych metod operacyjnego leczenia chorych z rakiem żołądka. Każda interwencja chirurgiczna w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego wiąże się z zaburzeniami motorycznymi pod postacią refluksu. Nawet przy braku kwasu solnego, cofająca się treść dwunastnicza może powodować zmiany zapalne błony śluzowej przełyku oraz dokuczliwe dla chorego objawy kliniczne .

Celem badań była ocena występowania refleksu treści nie-kwaśnej i żółciowej do przełyku przy użyciu nowoczesnych technik badawczych – wielokanałowej impedancji śródprzełykowej połączonej z pH-metrią (MII-pHmetry) oraz spektrofotometrycznego pomiaru żółci w przełyku(Bilitec 2000TM).

Badaniami objęto 22 chorych po totalnej gastrektomii z powodu raka operowanych w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w okresie od 7 miesięcy do 13 lat przed badaniem. W badanej grupie było 9 kobiet i 13 mężczyzn w wieku 44-70 lat(średnio 58,31

U 13(59,1%) badanych ciągłość przewodu pokarmowego odtworzono metodą „Double Tract Reconstruction”(DTR) a u 9 (40,9%)– „Roux en Y”(R-Y) bez „poucha”. W całej badanej grupie u 11(50%) wykazano obecność patologicznego niekwaśnego zarzucania treści jelitowej do przełyku w badaniu MII-pH, a u 4 z nich dodatkowo nieprawidłowy wynik w zapisie Bilitec2000. Nie stwierdzono znamienych statystycznie różnic w ilości i rodzaju ocenianych epizodów refluksowych oraz innych badanych parametrów między badanymi grupami.

Uzyskane wyniki badań wykazują, że mimo zespolenia kikuta dwunastnicy z pętlą Roux w metodzie DTR, nie obserwuje się częstszego refluksu żółci oraz treści jelitowej do przełyku w porównaniu z chorymi operowanymi metodą R-Y.

ODLEGŁE WŁASNE WYNIKI CHIRURGICZNEGO LECZENIA RAKA ŻOŁĄDKA.

R. Bandurski¹, M. Gryko¹, Z. Kamocki¹, K. Zaręba¹, D. Cepowicz¹, B. Okulczyk¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Podstawowym sposobem leczenia chorych z rakiem żołądka jest chirurgiczne wycięcie żołądka.

Celem pracy była ocena odległych wyników chirurgicznego leczenia chorych z rakiem żołądka z uwzględnieniem wpływu chemioterapii pooperacyjnej.

W latach 1986-1999, w II Klinice Chirurgii Ogólnej AMB operowano 206 chorych (73 kobiety i 133 mężczyzn) z rakiem żołądka, w wieku 27-91 lat (średnio 60,24 lata). W klasyfikacji TNM(UICC) dominował rak zaawansowany (92%). Diagnostykę, leczenie i badania kontrolne chorych wykonano prospektywnie, według wytycznych projektu badawczego KBN nr 4 4004 91 02. Współzależność 5-letniego przeżycia i badanych cech niemierzalnych oceniano testem dokładnym Fishera, krzywe przeżycia Kaplana-Meiera porównywano testem F Coxa, do oceny wpływu chemioterapii na długość przeżycia zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji. Resekcyjność wyniosła 58,25%; resekcji R0 wykonano 42 (35%). Najczęstsze powikłania pooperacyjne to płucno-sercowe (10,19%). Ogólny wskaźnik 5-letnich przeżyć wyniósł 11,33%, u chorych po resekcji – 20% ($p < 0,001$), a po resekcji R0 – 55,6% ($p < 0,001$). Średnie przeżycie po resekcji R0 wyniosło 49,08 miesięcy, a po resekcji R0 i chemioterapii adjuwantowej- 74,9. Głębokość nacieku, stopień zaawansowania, limfadenektomia, rodzaj i model chemioterapii istotnie wpływały na długość przeżycia ($p < 0,001$).

Wnioski: 1. Na wyniki 5-letnich przeżyć wyraźnie wpływają: głębokość nacieku nowotworowego w ścianie żołądka i stopień zaawansowania raka wg klasyfikacji TNM. 2. Poszerzona limfadenektomia wpływa korzystnie na wyniki 5-letnich przeżyć. 3. Najlepsze wyniki 5-letnich przeżyć uzyskuje się w grupie chorych, u których można wykonać leczniczą resekcję żołądka (R0). 4. Zastosowana chemioterapia i chemioimmunoterapia tak adjuwantowa jak i paliatywna, mają wyraźnie korzystny wpływ na średnią długość przeżycia chorych.

PORÓWNANIE „DOUBLE TRACT RECONSTRUCTION”(DTR) I „ROUX-EN-Y”(R-Y) BEZ POUCHA U CHORYCH PO GASTREKTOMII Z POWODU RAKA ŻOŁĄDKA

R. Bandurski¹, D. Cepowicz¹, M. Gryko¹, K. Zaręba¹, Z. Kamocki¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej I Gastroenterologicznej UM w Białymstoku, Białystok

Zgodnie ze standardami onkologicznymi leczenia raka żołądka, zwłaszcza zaawansowanego, zalecaną procedurą chirurgiczną jest całkowite wycięcie żołądka wraz z regionalnymi węzłami chłonnymi oraz sąsiednimi narządami. Dotychczas zaproponowano ponad 70 różnych sposobów odtwarzania ciągłości przewodu pokarmowego po częściowym czy całkowitym wycięciu żołądka. Nie ma jednak jednoznacznych rekomendacji. Najczęściej stosowane przez wiele ośrodków, jest odtwarzanie ciągłości przewodu pokarmowego metodą Roux-en-Y. W obserwacji odległej obserwuje się różne zaburzenia w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego pogarszające jakość zycia. Wykazano, że zachowanie pasaży pokarmu przez dwunastnicę jest niezależnym czynnikiem poprawiającym przeżycie po gastrektomii.

W II Klinice Chirurgii Ogólnej I Gastroenterologicznej UM w Białymstoku, od 2000 r. oprócz w/w sposobu, wykonywane jest odtwarzanie ciągłości przewodu pokarmowego metodą DTR, zachowującą pasaż treści pokarmowej również przez dwunastnicę.

Celem pracy jest ocena metody DTR w porównaniu do metody Roux-en-Y. Badaniami objęto 106 chorych (64 mężczyzn i 42 kobiety) (60,38% i 39,62%) w wieku 27-84 lat (śr.- 61,8), u których po całkowitym wycięciu żołądka, odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego metodą DTR. Po ok. 20 godzinach od zabiegu resekcyjnego, u wszystkich stosowano żywienie dojelitowe dietami przemysłowymi przez wprowadzony śródoperacyjnie poniżej zespoleń zgłąbnik Flocare. Po kontroli szczelności zespoleń, w 4-6 dobie wprowadzono żywienie doustne. Metoda DTR nieznacznie wydłuża czas zabiegu operacyjnego, średnio o ok. 10 min. (zespolenie dwunastniczo-jelitowe).

Ważną zaletą DTR jest zachowanie możliwości endoskopowego dostępu do brodawki Vatera. Uzyskane dotychczas wyniki upoważniają autorów do rekomendacji metody DTR jako co najmniej jednakowo wartościowej jak Roux-en-Y.

WARTOŚĆ PROGNOSTYCZNA BADANIA WĘZŁÓW CHŁONNYCH W OCENIE WYNIKÓW LECZENIA RAKA ODBYTNICY

M. Berut¹, M. Mik², Ł. Dziki², R. Kędzia-Berut², M. Spychalski¹, P. Narbutt¹, A. Dziki²

1 - Powiatowe Centrum Zdrowia, Brzeziny

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Łódź

Nowotwory złośliwe okrężnicy i odbytnicy określane jako rak jelita grubego, zajmują drugie miejsce pod względem częstości występowania, która stale rośnie. 5 letnie przeżycie w Polsce wynosi 30-33%. Uznawany za chorobę ludzi starszych, niepokój budzi jednak wzrost zachorowalności wśród populacji poniżej 40 r. ż. W diagnostyce stosowane są badania endoskopowe i obrazowe. Leczenie operacyjne jest najważniejszym elementem terapii raka okrężnicy. W zależności od zaawansowania choroby część pacjentów wymaga leczenia neoadjuwantowego w przypadku raka odbytnicy.

Cele: Ocena wartości prognostycznej badania węzłów chłonnych w ocenie wyników leczenia raka odbytnicy. Zbadanie czy na ilość węzłów chłonnych mają wpływ: zastosowanie leczenia neoadjuwantowego, cechy demograficzne i morfotyczne guza.

Materiał i metodyka: Chorzy operowani z powodu raka odbytnicy w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej. Badana grupa wynosi 1000 osób. Badanie retrospektywne. Do zbierania danych wykorzystano dwie internetowe bazy danych.

Wyniki: Średnia ilość węzłów chłonnych wynosiła 7,32 na preparat. Zastosowanie leczenia neoadjuwantowego wpływało znacząco statystycznie na zmniejszenie ilości węzłów w preparacie pooperacyjnym do 4,01. W grupie chorych, u których doszło do całkowitej remisji patologicznej guza średnio znajdowano 1,06 węzła. Ilość badanych węzłów chłonnych wzrasta wraz ze wzrostem stopnia głębokości naciekania guza, wysokości guza oraz jego średnicy. Różnice te są istotne statystycznie.

Wnioski: Zbadanie przynajmniej 12 węzłów chłonnych u chorych leczonych z powodu niskiego raka odbytnicy jest często niemożliwe przy użyciu klasycznych technik. Leczenie neoadjuwantowe, znacząco zmniejsza ilość węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym. Powinno dążyć się do wprowadzenia odrębnych zasad oceny radykalności dla chorych po leczeniu neoadjuwantowym. Cechy morfotyczne guza takie wpływają na ilość znajdujących węzłów chłonnych w preparacie. Ilość odnajdowanych i badanych węzłów wzrasta wraz ze wzrostem średnicy guza, głębokością jego nacieku oraz wysokością od brzegu odbytu.

WPŁYW CZYNNIKÓW ŚRODOWISKOWYCH NA WCZESNE WYNIKI LECZENIA SKOJARZONEGO PŁASKONABLONKOWEGO RAKA PRZEŁYKU

A. Błotniak¹, K. Pudło¹, T. Skoczylas¹, A. Dąbrowski¹, G. Wallner¹, J. Laudański², A. Szawłowski³, P. Lampe⁴

1 - II Katedra I Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej I Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

2 - Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

3 - Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa

4 - Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice

Wśród czynników wpływających na wyniki leczenia chorych z chorobą nowotworową można wyróżnić czynniki zależne od chorego, nowotworu i zastosowanego leczenia. Zależność wyników leczenia chorych z rakiem przełyku od czynników zależnych od pacjenta nie była dotąd przedmiotem zainteresowań badawczych.

Metoda: Dla oceny wpływu czynników konstytucjonalnych i środowiskowych na wczesne wyniki leczenia poddaliśmy analizie retrospektywnej dane 84 chorych gromadzone prospektywnie w ramach wielośrodkowego badania z randomizacją nad skojarzonym leczeniem płaskonablonkowego raka przełyku. Wczesne wyniki leczenia oceniano pod postacią objawów toksycznych ogółem, poważnych objawów toksycznych, zgonów z powodu objawów toksycznych, powikłań pooperacyjnych oraz śmiertelności okołoperacyjnej. Wśród czynników konstytucjonalnych i środowiskowych analizowano wiek, płeć, wzrost, wskaźnik masy ciała, stan ogólny w skali Karnofskiego, grupę krwi, zamieszkanie, czas i intensywność palenia tytoniu, częstość i ilość spożywanego alkoholu oraz narażenie zawodowe.

Wyniki: Istotnie częściej zgony z powodu objawów toksycznych stwierdzono u chorych w gorszym stanie ogólnym (4/12, 33.3% dla KS 70-80 vs. 1/41, 2.4% dla KS 90-100; $P=0.0016$). Natomiast, znacząco więcej poważnych objawów toksycznych (6/11, 54.5% vs. 5/41, 12.2%; $P=0.0034$), zgonów z powodu objawów toksycznych (3/11, 27.3% vs. 2/41, 4.9%; $P=0.0293$) oraz powikłań pooperacyjnych (11/17, 64.7% vs. 28/66, 42.4%; $P=0.0163$) obserwowano u chorych niepalących w porównaniu do palaczy. Podobnie istotnie większą toksyczność leczenia neoadiuwantowego (20/22, 90.9% vs. 12/25, 48%; $P=0.0029$) oraz większą śmiertelność okołoperacyjną (6/30, 20% vs. 2/43, 4.7%; $P=0.0405$) zanotowano u chorych deklarujących okazjonalne spożywanie niewielkich ilości alkoholu w porównaniu do chorych spożywających alkohol często i w dużych ilościach.

Wnioski: Palenie tytoniu oraz spożywanie większych ilości alkoholu może łagodzić toksyczność leczenia skojarzonego raka przełyku. Deklaracja chorych z rakiem przełyku o intensywności palenia i spożywania alkoholu nie powinna przyczyniać się do ograniczania możliwości zastosowania pełnego leczenia skojarzonego.

OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA ROZWOJU ZMIAN NEOPLASTYCZNYCH W ZBIORNIKU JELITOWYM U PACJENTÓW PODDANYCH PROKTOKOLEKTOMII ODTWÓRCZEJ Z POWODU WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO

A. Bobkiewicz¹, Ł. Krokowicz¹, J. Paszkowski¹, A. Studniarek¹, K. Szmyt¹, R. Marciniak¹, J. Majewski², J. Walkowiak³, P. Majewski², T. Banasiewicz¹, M. Drews¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań

2 - Zakład Patomorfologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań

3 - Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych I Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań

Proktokolektomia odtwórcza (PKO) jest metodą z wyboru leczenia chirurgicznego pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Z uwagi na coraz dłuższe okresy obserwacji pacjentów po zabiegu PKO, obserwuje się wzrost występowania zmian dysplastycznych oraz ognisk raka w zbiorniku jelitowym.

Celem pracy była ocena częstości występowania zmian neoplastycznych w zbiorniku jelitowym oraz próba analizy czynników ryzyka wpływających na występowanie zmian neoplastycznych w zbiorniku jelitowym u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego poddanych zabiegowi PKO. Metodyka: Retrospektywnej analizie poddano 276 pacjentów, u których wykonano PKO w latach 1985 – 2009. Ocenie histopatologicznej poddano zarówno jelito grube usunięte podczas pierwotnej operacji oraz biopsaty zbiornika jelitowego pobieranego w okresie obserwacji po zabiegu. Przeanalizowano także czynniki ryzyka rozwoju neoplazji w zbiorniku jelitowym.

Wyniki: Badaną grupę pacjentów stanowiło 127 kobiet oraz 149 mężczyzn o średniej wieku $43,2 \pm 11,9$ w momencie wykonywanego zabiegu PKO. Średni czas trwania choroby przed zabiegiem PKO oraz okres obserwacji po zabiegu wynosił odpowiednio $11,5 \pm 6,1$ oraz $9,8 \pm 6,1$ lat. W zebranych materiale wykazano: 5 ognisk dysplazji małego stopnia, 3 dysplazje dużego stopnia oraz u 1 ognisko raka w obrębie zbiornika jelitowego; średnio $21,8 \pm 3,6$ lat po zabiegu PKO. U wszystkich pacjentów u których wykryto zmianę neoplastyczną w zbiorniku jelitowym, w preparacie jelita grubego stwierdzono występowanie ogniska dysplazji bądź raka ($p < 0,005$). Czas trwania choroby przed zabiegiem PKO wykazano jako czynnik ryzyka rozwoju neoplazji w zbiorniku ($p < 0,05$). Średnia wartość wskaźnika zapalenia zbiornika jelitowego w grupie pacjentów z neoplazją w obrębie zbiornika była znamienne statystycznie wyższa w porównaniu z grupą pacjentów bez zmian neoplastycznych w zbiorniku ($p < 0,005$). Występowanie pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych oraz brak wykonania mukozektomii nie wiązały się z wyższym ryzykiem rozwoju procesu neoplazji w zbiorniku jelitowym ($p > 0,05$).

Wnioski: Występowanie neoplazji zbiornika jelitowego po zabiegu PKO jest rzadkie. Obecność zmian neoplastycznych w jelicie grubym przed zabiegiem PKO jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju zmian neoplastycznych w zbiorniku jelitowym. Stopień nasilenia pouchitis, czas trwania choroby przed zabiegiem PKO oraz czas po zabiegu PKO wykazano jako czynniki ryzyka rozwoju neoplazji w zbiorniku jelitowym.

ANALIZA SKUTECZNOŚCI ZASTOSOWANIA PIERŚCIENIA BIOFRAGMENTALNEGO (BIOFRAGMENTABLE ANASTOMOSIS RING, BAR) W CHIRURGII JELITA CIENKIEGO I GRUBEGO.

A. Bobkiewicz¹, Ł. Krokowicz¹, K. Szmyt¹, M. Borejsza-Wysocki¹, A. Ratajczak¹, T. Banasiewicz¹, M. Drews¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań

Pierścień biofragmentalny jest alternatywą dla zespoleń ręcznych oraz staplerowych wykonywanych w obrębie przewodu pokarmowego, cechującą się wysokim stopniem skuteczności i niskim odsetkiem powikłań okołoperacyjnych. Możliwość wykonania zespoleń w obrębie całego przewodu pokarmowego oraz różnorodność typu wykonywanego zespoleń czyni ten rodzaj zespoleń uniwersalnym i możliwym do zastosowania w większości przypadków klinicznych.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena skuteczności zastosowania pierścienia BAR w chirurgii jelita cienkiego i grubego w materiale własnym.

Metodyka: Retrospektywnej analizie poddano 204 pacjentów, u których zastosowano zespolenie typu BAR w chirurgii jelita cienkiego i grubego w okresie 2004 – 2014. Dane do analizy zgromadzono na podstawie dokumentacji medycznej, protokołów zabiegowych oraz wyników badań histopatologicznych. Dane pacjentów analizowano pod względem: parametrów demograficznych, przyczyny operacji, rodzaju wykonanego zabiegu chirurgicznego, zespoleń oraz rozmiaru zastosowanego BAR, długości hospitalizacji oraz powikłań okołoperacyjnych.

Wyniki: Do grupy badanej włączono 204 pacjentów, 86 kobiet oraz 118 mężczyzn o średniej wieku 63,4±12,4 lat. Głównym wskazaniem do operacji z wykorzystaniem BAR były zmiany nowotworowe w obrębie jelita cienkiego i grubego (n=166). W badaniu wykorzystano zespolenie BAR w trzech rozmiarach (28,31,34), a najczęściej używanym był BAR 31 (n=87). Wykonano 169 zespoleń jelito grube-jelito grube (najczęściej w przypadku resekcji esicy (n=100), 28 zespoleń jelito cienkie-jelito grube, 8 zespoleń w obrębie jelita cienkiego. Śmiertelność okołoperacyjna wyniosła 0,5% (n=1), podczas gdy wskaźnik reoperacji w okresie 30 dni po pierwotnej operacji wyniósł 8,3% (n=17). Powikłania pooperacyjne wystąpiły u 28 pacjentów. Zakażenie rany pooperacyjnej wystąpiło u 5,4% (n=11), a obecność ropni wewnątrzbrzusznych wymagających powtórnej interwencji u 1,5% (n=3). Nieszczelność zespoleń wykazano u 2,9% (n=6), podczas gdy niedrożność mechaniczną u 1,0% (n=2) pacjentów. Średni okres do wystąpienia nieszczelności po zabiegu wyniósł 9,8±3,1 dni podczas gdy średni czas hospitalizacji po operacji wyniósł 12,7±11,1 dni.

Wnioski: Zastosowanie BAR w wykonywaniu zespoleń w obrębie jelita cienkiego i grubego cechuje się wysoką skutecznością przy akceptowalnej liczbie powikłań oraz śmiertelności okołoperacyjnej. W postępowaniu u chorych z nieszczelnością zespoleń największe znaczenie ma wczesne rozpoznanie.

RETROSPEKTYWNA WIELOOŚRODKOWA OCENA SKUTECZNOŚCI LECZENIA PRZETOK JELITOWO-ATMOSFERYCZNYCH W PRZEBIEGU TERAPII OTWARTEGO BRZUCHA Z ZASTOSOWANIEM TERAPII PODCIŚNIENIOWEJ

A. Bobkiewicz¹, D. Walczak², S. Smoliński³, T. Kasprzyk⁴, A. Ratajczak¹, Z. Stojcev⁴, T. Banasiewicz¹, M. Drews¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań

2 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, Bełchatów

3 - Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu, Poznań

4 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku, Słupsk

Postępowanie w przypadku przetok jelitowo-atmosferycznych w przebiegu terapii otwartego brzucha jest trudne i obarczone wysokim wskaźnikiem śmiertelności. Zastosowanie terapii podciśnieniowej istotnie wpływa na skuteczność zamykania się przetok oraz spadek zachorowalności i śmiertelności.

Cel pracy: Wieloośrodkowa retrospektywna ocena skuteczności leczenia przetok jelitowo-atmosferycznych w przebiegu terapii otwartego brzucha przy zastosowaniu terapii podciśnieniowej.

Metodyka: Przeanalizowano grupę 16 pacjentów z potwierdzonym występowaniem 31 przetok jelitowo-atmosferycznych leczonych terapią otwartego brzucha przy zastosowaniu terapii podciśnieniowej w trzech referencyjnych ośrodkach chirurgicznych w latach 2004-2014. Przetoki były sklasyfikowane jako mało (< 200ml/dzień), umiarkowanie (200-500ml/dzień) i dużo (>500 ml/dzień) wydzielające. Terapia podciśnieniowa była stosowana przy użyciu opatrunków wewnątrzbrzusznych (abdominal) w sposób typowy, zgodny z wytycznymi producentów.

Wyniki: Grupa badana składała się z 5 kobiet oraz 11 mężczyzn o średniej wieku 52,6±11,9 lat. W większości pacjenci byli pierwotnie operowani w innych ośrodkach (n=11), ze średnią liczbą reoperacji 3,7±2,2. Najczęstszą przyczyną pierwotnej operacji było ostre zapalenie trzustki (n=3). 24 przetoki zlokalizowane były w jelicie cienkim, 4 w jelicie grubym oraz 3 w obrębie zespolenia jelitowego (jelito cienkie-jelito grube). 13 przetok było sklasyfikowanych jako mało (41,9%), 2 jako umiarkowanie (6,5%) oraz 16 jako dużo (51,6%) wydzielające. Całkowity wskaźnik zamknięcia się przetok wyniósł 61,3% (50% w grupie o dużym wydzielaniu (8/16), 50% o umiarkowanym wydzielaniu (1/2) oraz 76,9% o małym wydzielaniu (10/13); w średnim okresie czasu 46,7±43,4 dni stosowania terapii. W dwóch przypadkach wykazano wystąpienie jatrogennej przetoki jelitowej. Trzech pacjentów zmarło z powodu niewydolności wielonarządowej (9,7%). W grupie pacjentów z przetokami bez spontanicznego zamknięcia (n=12) wykazano, że obecność wynicowanej śluzówki jelita oraz obecność dużego wydzielania są czynnikami ryzyka niepowodzenia zamknięcia przetoki (p<0,05).

Wnioski: Stosowanie terapii podciśnieniowej w leczeniu przetok jelitowo-atmosferycznych w przebiegu terapii otwartego brzucha cechuje się wysoką skutecznością zamykania się przetok jelitowych. Przetoki mało wydzielające oraz brak wynicowania się śluzówki jelita wykazano jako istotne czynniki skuteczności zamykania się przetok.

GUZ BUSCHKE – LOWENSTEIN. OPIS OPERACJI WYCIĘCIA OKRĘŻNEGO GUZA OKOLICY ODBYTU Z POKRYCIEM UBYTKÓW PRZESUNIĘTYMI PŁATAMI ANODERMALNYMI. OPIS PRZYPADKU.

P. Ciesielski¹, P. Dutkiewicz¹, M. Gorajska¹, P. Siekierski¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej. Szpital Powiatowy w Wołominie, Wołomin

Kłykciny kończyste są chorobą wirusową wywoływaną przez wirusy typu HPV. Długotrwały wzrost brodawek może prowadzić do transformacji nowotworowej lub do osiągnięcia olbrzymich rozmiarów. Postać olbrzymia kłykciny przyjmuje formę guza lub guzów okolicy krocza i nazywana jest guzem Buschke – Lowensteina. Obecnie tego typu zmianę uważa się za stadium przednowotworowe. Rozpoznanie stawia się na podstawie badania przedmiotowego potwierdzonego badaniem histopatologicznym. Leczenie polega na operacyjnym usunięciu zmian w osłonie leków przeciwwirusowych.

Szczególnie trudnym problemem w leczeniu jest zaopatrzenie ubytków skóry powstałych po usunięciu zmian okrężnych lub mnogich w okolicy odbytu. W aktualnym piśmiennictwie niewiele jest prac opisujących operacje jednoczasowego zaopatrzenia rozległych zmian bez wyłonienia stomii. W swojej pracy autorzy prezentują sposób zaopatrzenia powstałych ubytków przez jednoczasowe obustronne przesunięcie płatów anodermalnych, bez wyłaniania stomii.

W pracy przedstawiony został przypadek 40 letniego chorego z guzem Buschke – Lowenstein. W badaniu przedmiotowym stwierdzono guz wielkości 200 x 210 mm okrężnie obejmujący cały obwód odbytu. Guz ruchomy względem tkanki podskórnej i aparatu zwieraczowego. W znacznym stopniu deformował kanał odbytu przez pociągnięcie nabłonka kanału i jego wynicowanie. Guz wycięto w 2 fragmentach wraz z marginesem zdrowej skóry, tkanki podskórnej i nabłonka kanału odbytu od strony światła przewodu pokarmowego. Wypreparowano płat skóry pełnej grubości i po uruchomieniu płata i jego przesunięciu umocowano w miejscu ubytku do ściany kanału odbytu. Z uwagi na naddatek rozciągniętego przez rosnący guz nabłonka kanału odbytu do jego zamknięcia wykorzystano jego nadmiar oraz płat skóry pełnej grubości ze skóry pośladka. W ten sposób pokryto oba powstałe przez wycięcia ubytki. Odstąpiono od wyłonienia stomii jelitowej.

Pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z gojącymi się ranami. Napięcie zwieraczy czynne i bierne było prawidłowe. Kontrolne badania przeprowadzone w 1,2,3 i 4 tygodniu wykazały stopniowe gojenie rany. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie kłykciny olbrzymiej okolicy odbytu. Nie stwierdzono transformacji nowotworowej w badanych preparatach. Z tego powodu chory nie był kwalifikowany do leczenia uzupełniającego chemio i radioterapią. Kontrolne badanie po 2 miesiącach nie wykazało wczesnej wznowy miejscowej.

ŚRÓDOPERACYJNA ULTRASONOGRAFIA W LECZENIU PRZYPADKÓW OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA TRZUSTKI ORAZ NOWOTWORÓW TRZUSTKI.

G. Ćwik¹, M. Solecki¹, J. Wyroślak-Najs¹, G. Wallner¹

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, UM Lublin, Lublin

Proces zapalny trzustki, zarówno ostre jak i przewlekłe stany zapalne prowadzą często do powstania powikłań, które współcześnie rozwiązuje się na drodze zabiegów endoskopowych oraz operacyjnych. Śródoperacyjna ultrasonografia (IOUS) w wielu przypadkach umożliwia prawidłowe określenie rozległości zmian chorobowych, pozwala na bezpieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz skrócenie czasu jego trwania.

Cel: W Klinice, w której pracują autorzy, śródoperacyjne badanie ultrasonograficzne jest stosowane w codziennej praktyce. W niniejszej pracy pragniemy podzielić się własnymi doświadczeniami w zastosowaniu tej techniki obrazowania.

Materiał i metody: Badania śródoperacyjne wykonywane były przez chirurga, który dokonywał oceny przed zabiegiem co pozwoliło na weryfikację rozpoznań. Przytoczony materiał dotyczy 145 procedur IOUS wykonywanych w trakcie laparotomii z powodu zmian chorobowych trzustki, w tym 57, gdzie procedurę zastosowano w przypadku procesu zapalnego oraz 88 pacjentów z guzami trzustki, w tym 41 to zmiany z potwierdzonym rakiem lub z podejrzeniem przemiany nowotworowej w przedoperacyjnej Biopsji Aspiracyjnej Cienkoigłowej (BACC).

Wyniki i wnioski: IOUS jest wiarygodnym badaniem w ocenie zarówno ostrych zmian zapalnych w trzustce, a głównie w trakcie operacji przewlekłego, objawowego zapalenia trzustki. Prawidłowo wyznacza zakres planowanej operacji. Badanie różnicuje zmiany torbielowate, guzy o torbielowatym charakterze, określając prawidłowy sposób drenażu lub weryfikuje wskazania do wycięcia zmiany chorobowej. Ocenia miejsce i zakres operacji drenażowych w przypadku nadciśnienia w drogach trzustkowych spowodowanego zwapnieniami miększu lub kamicą przewodową w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki. W przypadku raka trzustki - weryfikuje stan miejscowego zaawansowania zmian guzowatych, pozwala na ocenę zajęcie naczyń okołotrzustkowych, węzłów chłonnych oraz obecność przerzutów miejscowych i odległych, w tym w obrębie wątroby. IOUS znacznie poprawia skuteczność śródoperacyjnej BACC oraz aspiracji lub drenażu zbiorników płynowych.

GRUŹLICA ODBYTU. OPIS PRZYPADKU.

P. Dutkiewicz¹, P. Ciesielski¹, M. Gorajska¹, P. Siekierski¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Wołominie, Wołomin

Gruźlica w obrębie jelita grubego to bardzo rzadka postać gruźlicy. Choroba zwykle dotyczy osób starszych, z zaburzeniami odporności lub zarażonych wirusem HIV. Niejednokrotnie zmianom w obrębie okrężnicy lub odbytnicy nie towarzyszy postać płucna. W piśmiennictwie niewiele jest prac opisujących pozapłucną postać gruźlicy umiejscowioną w końcowym odcinku przewodu pokarmowego. Objawy są niespecyficzne co znacznie utrudnia przedoperacyjne rozpoznanie choroby i wdrożenie leczenia przeciwprątkowego. Zmiany pod postacią guzków oraz okresowe krwawienie z odbytu mogą zostać mylnie rozpoznane jako zmiany zapalne wymagające chirurgicznego wycięcia. Wyniki badania histopatologicznego preparatu operacyjnego również niejednokrotnie nie wskazują jednoznacznie na gruźlicę.

W pracy przedstawiony został przypadek 68 letniego chorego ze zmianami zapalnymi w odbycie o charakterze guzków krwawniczych IV stopnia. Pacjent zgłaszał ból oraz okresowe krwawienia. Zakwalifikowano pacjenta do leczenia operacyjnego. Leczenie nie przyniosło ustąpienia dolegliwości. Pacjent pozostawał pod kontrolą poradni proktologicznej. Pomimo długotrwałego leczenia zachowawczego po operacji nie uzyskano pełnego wygojenia ran i z rozpoznaniem szczeliny odbytu pacjenta zakwalifikowano do kolejnej operacji. W obu wynikach preparatów bezpośrednich pobranych w czasie operacji nie stwierdzono gruźlicy. W trakcie kolejnych wizyt kontrolnych u pacjenta stwierdzono okresowe zaostrzenia POCHP, zapalenie płuc i wystąpienie zmian płucnych mogących odpowiadać gruźlicy. Ze względu na niegojące się rany oraz zmiany guzowate kanału odbytu zwężające odbył chorego zakwalifikowano do wyłonienia stomii na esicy a następnie do wycięcia zmiany i plastyki zwężenia odbytu. Wynik histopatologiczny wyciętej zmiany wskazywał na przewlekłe zapalenie odbytnicy w przebiegu ziarniakowych zmian wokół ciała obcego. Nie stwierdzono transformacji nowotworowej ani zmian o charakterze gruźlicy. Pacjenta wypisano do dalszej opieki ambulatoryjnej pod kontrolą poradni chirurgicznej, w której stwierdzono brak pełnego gojenia się ran – utrzymano stomię.

Po kilku tygodniach wystąpiły objawy płucne gruźlicy. Potwierdzono gruźlicę w badaniu płwociny oraz stwierdzono dodatnie wyniki posiewu z odbytu. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia p/prątkowego. Po leczeniu p/prątkowym uzyskano regresję zmian w okolicy odbytu i pełne wyleczenie pacjenta skutkujące zamknięciem stomii jelitowej.

NIETYPOWE I INNOWACYJNE LECZENIE NIEDROŻNOŚCI ZESPOLENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH W ZAAWANSOWANYM RAKU TRZUSTKI.

E. Frejlich¹, J. Garcarek², A. Orchowska-Jędrzejewska², J. Rudno-Rudzińska¹, M. Guziński², W. Hap¹, K. Kotulski¹, K. Hap³, W. Kielan¹, Z. Grzebieniak¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu, Wrocław

2 - Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii - Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu, Wrocław

3 - Katedra Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław

Niedrożność dróg żółciowych stanowi częsty problem u pacjentów z zaawansowanym rakiem trzustki i dystalnego odcinka dróg żółciowych. W takich przypadkach podejmuje się próby leczenia chirurgicznego, wykonywania procedur endoskopowych, a także radiologicznych. Szczególnie trudne jest leczenie w przypadku, gdy endoskopowe protezowanie dróg żółciowych jest nieskuteczne lub nawet niemożliwe, a wykonane operacyjnie zespolenia ulegają zwężeniom lub nawet całkowitej niedrożności. W takich przypadkach drenaż przezskórny dróg żółciowych stanowi ostateczne, paliatywne rozwiązanie.

W opisywanym przez nas przypadku, pacjent został poddany niestandardowej chemioterapii z dobrą odpowiedzią, a przewidywane przeżycie stanowiło względne przeciwwskazanie do procedury. Historia medyczna pacjenta była dość skomplikowana. Pacjent był kilkakrotnie operowany, a w czasie kolejnych zabiegów wykonano u niego zespolenie przewodowo-jelitowe, pęcherzykowo-jelitowe, a ostatecznie wszczepienie drenu Kehra. Obserwowano u pacjenta nawracające stany zapalne dróg żółciowych. Podjęto decyzję o próbie przeprowadzenia nietypowego i innowacyjnego chirurgiczno-radiologicznego udroźniania dróg żółciowych. Przez dren Kehra wprowadzono prowadniki, sforsowano niedrożność PŻW i wykonano angioplastykę miejsca niedrożności cewnikiem z balonem, lecz nie uzyskano efektu anatomicznego. Następnie wykonano drenaż wewnętrzno - zewnętrzny. W kolejnym etapie sforsowano przewód pęcherzykowy. Stwierdzono w vesicografii zwężenie zespolenia pęcherzykowo - jelitowego. Zespolenie to poszerzono cewnikiem z dobrym efektem anatomicznym. Pozostawiono dodatkowo cewnik asekuracyjny (pig -tail), tak, aby dystalna część cewnika znajdowała się w zespolonej pętli jelita czczego. Kontrolna cholangiografia po 24 godzinach potwierdziła prawidłowy spływ żółci.

Skuteczność procedury monitorowano co 6-8 tygodni wykonując kontrolną cholangiografię przez pozostawiony drenaż wewnętrzno-zewnętrzny. 8 miesięcy po wykonanej procedurze przzerwano stosowaną chemioterapię z powodu nasilonych skutków ubocznych. 6 miesięcy po zakończonym leczeniu systemowym pacjent zmarł. Łączny czas obserwacji od momentu wykonania procedury wyniósł 15 miesięcy. W tym czasie nie było potrzeby podejmowania kolejnych procedur rekanalizacyjnych.

Przedstawiona procedura wydaje się być ciekawą i innowacyjną metodą leczenia niedrożności chirurgicznych zespoleń dróg żółciowych u pacjentów z zaawansowanym rakiem trzustki.

CZY MOŻLIWE JEST SKUTECZNE LECZENIE CHIRURGICZNE RAKA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH?

Ł. Gabiec¹, K. Zaręba¹, Z. Kamocki¹, M. Gryko¹, D. Cepowicz¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Rak dróg żółciowych należy do najbardziej złośliwych nowotworów u osób dorosłych, a zachorowalność na ten nowotwór systematycznie rosła na przestrzeni ostatnich lat. Skuteczność leczenia operacyjnego jest uwarunkowana odpowiednio wczesną diagnostyką oraz zależy od lokalizacji guza. Ze względu na to relatywnie mały odsetek pacjentów może być leczony w sposób radykalny. U pozostałych pacjentów leczenie raka dróg żółciowych sprowadza się do paliatywnego endoprotezowania zwężonego odcinka przewodu żółciowego.

W pracy tej zostanie przedstawiona grupa 11 pacjentów po radykalnym miejscowym wycięciu pierwotnego raka środkowego odcinka dróg żółciowych. Zabiegi operacyjne przeprowadzono w II klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku w latach 2007-2013.

Badania diagnostyczne w grupie pacjentów wykazały przewężenie dróg żółciowych w środkowym odcinku, a postępująca żółtaczka mechaniczna wpłynęła na decyzje o skierowaniu pacjentów do zabiegu operacyjnego. We wszystkich przypadkach stwierdzano guzy nowotworowe o średnicach od 2 do 4 cm. Znajdowały się one w drogach żółciowych zewnątrzwątrobowych w okolicy przewodu pęcherzykowego. Wykonano cholecystectomię, a następnie limfadenektomię więzadła wątrobowo-dwunastniczego. Węzły zlokalizowane za głową trzustki usunięto, wcześniej wykonując manewr Kochera, a następnie wycięto środkowy odcinek dróg żółciowych. Zamknięto obwodowy kikut dróg żółciowych, a proksymalny zespalano „koniec do boku” z dwunastnicą.

Śródoperacyjnym badaniem histo-patologicznym potwierdzono zmianę nowotworową u wszystkich pacjentów. W 10 przypadkach potwierdzono sterylność onkologiczną marginesów. U jednego pacjenta potwierdzono nacieki nowotworowe w marginesie dystalnym i zakres zabiegu operacyjnego poszerzono o pankreatoduodenektomię m. Whipple'a. W doraźnym badaniu histo-patologicznym okolicznych węzłów chłonnych wykryto komórki przerzutowe u jednego chorego. U wszystkich pacjentów okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań.

Przypadki prezentowane w pracy potwierdzają istotność szybkiej diagnostyki żółtaczek mechanicznych w skutecznym leczeniu operacyjnym raka dróg żółciowych, jedynej metodzie dającej szansę na dłuższe przeżycie pacjentów.

NIESZCZELNOŚĆ ZESPOLENIA PRZEŁYKOWO-JELITOWEGO I NIESZCZELNOŚĆ KIKUTA DWUNASTNICY U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU RAKA ŻOŁĄDKA Z INTENCJĄ WYLECZENIA.

S. Głuszek¹, J. Kuchinka², M. Kot¹, J. Matykiewicz¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej WSzZ / Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach, Kielce

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej WSzZ w Kielcach, Kielce

Operacyjne leczenie raka żołądka – pomimo coraz większej wiedzy na temat procesów patofizjologicznych okresu okołoperacyjnego i znaczącego postępu w dziedzinie technik operacyjnych – jest nadal wyzwaniem dla chirurga, ponieważ leczenie to nie jest wolne od powikłań, również tych najcięższych takich jak nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego.

Cel pracy: Celem pracy była ocena czynników wpływających na występowanie nieszczelności zespolenia przełykowo-jelitowego oraz nieszczelności kikuta dwunastnicy.

Materiał i metody: Analizie retrospektywnej poddano historię chorób 258 chorych operowanych z powodu raka żołądka. Czynniki branymi pod uwagę na wystąpienie nieszczelności zespolenia przełykowo-jelitowego oraz nieszczelności kikuta dwunastnicy były: wiek, płeć, stan odżywienia, czas trwania operacji, dodatkowo wykonane w czasie operacji procedury chirurgiczne, rodzaj zespolenia przełykowo-jelitowego (pętla Roux, zespolenie przełykowo-jelitowe typu omega z przetoką Brauna)

Wyniki: Nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego miało miejsce u 10 chorych (3,9 %) a nieszczelność kikuta dwunastnicy u 6 chorych (2,32 %). Nie było korelacji pomiędzy wystąpieniem nieszczelności zespolenia przełykowo-jelitowego czy nieszczelności kikuta dwunastnicy a czynnikami zależnymi do chorego (wiek, płeć), jak również nie wykazano wpływu na wystąpienie ww powikłań takich czynników jak wykonanie dodatkowych procedur chirurgicznych (splenektomia, cholecystektomia, częściowa resekcja jelita cienkiego czy grubego). Również nie wykazano wpływu rodzaju zespolenia przełykowo-jelitowego na częstość wystąpienia nieszczelności zespolenia przełykowo-jelitowego. Większość nieszczelności zespolenia przełykowo-jelitowego jak i nieszczelność kikuta dwunastnicy było leczone zachowawczo. Dwóch chorych z nieszczelnością zespolenia przełykowo-jelitowego wymagało reoperacji i dwóch chorych z nieszczelnością kikuta dwunastnicy wymagało reoperacji. Śmiertelność w całej grupie 258 chorych wyniosła 5,4% (13 chorych). Spośród chorych z nieszczelnością zespolenia przełykowo-jelitowego śmiertelność wyniosła 10 %, a spośród chorych z nieszczelnością kikuta dwunastnicy śmiertelność wyniosła 16,7 %.

Omówienie: Nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego i nieszczelność kikuta dwunastnicy jest ciężkim powikłaniem, obciążonym ryzykiem zgonu. Wczesne rozpoznanie tych powikłań zwiększa szanse wyleczenia przy pomocy metod chirurgicznych, zachowawczych i endoskopowych.

KRWOTOK DO ZBIORNIKÓW OKOŁOTRZUSTKOWYCH JAKO DRAMATYCZNE POWIKŁANIE CIĘŻKIEJ POSTACI OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI.

S. Głuszek¹, Ł. Nawacki², J. Matykiewicz², M. Kot²

1 - Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej; Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Kielce

Ostre zapalenie trzustki (OZT) rozwija się w momencie zaburzenia równowagi mechanizmów hamujących aktywność enzymów w komórkach trzustki, co doprowadza do ich autoaktywacji już w obrębie tego narządu. W różnych częściach świata zapadalność waha się w zakresie od 10 do nawet 100 przypadków na 100 000 mieszkańców na rok. Ogólna śmiertelność w przypadku OZT wynosi 10-15%. U chorych z rozpoznaniem ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki śmiertelność wynosi nawet 30-40%.

Cel: Ocena kliniczna szczególnego powikłania ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki jakim jest krwotok do guza zapalnego trzustki.

Materiał i metodyka: Badaniem objęto 10 chorych leczonych z powodu ostrego zapalenia trzustki w dwóch Klinikach Chirurgii kierowanych przez jednego z autorów (S.G.), w latach 2004-2014, u których wystąpiło groźne powikłanie pod postacią krwotoku do guza zapalnego/ torbieli trzustki lub sąsiedniego narządu. Rozpoznanie krwotoku ustalano na podstawie przebiegu klinicznego, najczęściej pod postacią nagłego spadku ciśnienia, wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej oraz wyników badań obrazowych- ultrasonografii jamy brzusznej i tomografii komputerowej jamy brzusznej. W leczeniu stosowano postępowanie zachowawcze, wewnątrznaczyniową embolizację, a w przypadku braku skuteczności takiego postępowania leczenie operacyjne. Ocenie poddano wiek, płeć, czynnik etiologiczny, choroby współistniejące, klasyfikację według skali Ransona i APACHE II, wyniki leczenia, śmiertelność.

Wyniki: Najczęstszym czynnikiem etiologicznym OZT w badanych przypadkach był alkohol. Wśród leczonych chorych metodą leczenia było leczenie zachowawcze, metodami radiologii interwencyjnej (wewnątrznaczyniowa embolizacja) lub leczenie operacyjne. W badanej grupie 5 chorych wymagało leczenia metodami operacyjnymi, u 2 osób zastosowano metody radiologii inwazyjnej, pozostali chorzy leczeni byli zachowawczo. W przedstawionej grupie śmiertelność wynosiła 30%.

Wniosek: Krwotoki do zbiorników zapalnych lub narządów sąsiadujących (żołądek, krezka poprzeczna) w przebiegu OZT stanowią najcięższe powikłania, trudne do leczenia. Istotnym postępowaniem jest wykorzystanie u części chorych z powodzeniem metod radiologii interwencyjnej do hamowania i zapobiegania nawrotom krwotoków.

GUZY TRZUSTKI U DZIECI – POSTĘPOWANIE KOMPLEKSOWE U DWOJGA PACJENTÓW

W. Górecki¹

1 - Klinika Chirurgii Dziecięcej CM UJ, Kraków

Nowotwory trzustki u dzieci występują rzadko. Wśród nich najczęściej występuje lito-pseudobrodawkowaty nowotwór (SPN) trzonu i ogona trzustki, guzy neuroendokryne, zlokalizowane głównie w głowie trzustki oraz pancreatoblastoma typowy nowotwór złośliwy trzustki wieku dziecięcego. Przebieg kliniczny u dzieci jest niecharakterystyczny, co utrudnia i może opóźnić prawidłowe rozpoznanie.

Cel: Analiza postępowania diagnostyczno – terapeutycznego u 2 dzieci z nowotworami trzustki.

Materiał i metody: Autorzy przedstawiają dwoje dzieci z nowotworami trzustki, leczonych w Klinice Chirurgii Dziecięcej w bieżącym roku.

Pacjentka 16-letnia skierowana z powodu bólów brzucha, ubytku masy ciała, cholestazy oraz niewydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki, z badalnym guzem w nadbrzuszu. W badaniach obrazowych stwierdzono guz głowy trzustki, naciekający dwunastnicę i przewód żółciowy, z przerzutami do węzłów chłonnych i wątroby. Dziewczynkę zakwalifikowano do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, jej wynik wykluczył raka trzustki. W scyntygrafii somatostatynowej potwierdzono obecność wychwytu w guzie i 2 ogniskach w wątrobie. Pacjentkę zakwalifikowano do pankreatoduodenektomii i weryfikacji przerzutów w wątrobie. W badaniu histopatologicznym : nowotwór neuroendokryny G2 wg klasyfikacji WHO, bez utkania nowotworu w marginesie zaotrzewnowym. Ostatecznie stadium zaawansowania choroby wg klasyfikacji TNM: T3, N1, M1. W przebiegu pooperacyjnym obserwowano zmniejszający się drenaż chłonki.

Pacjent 12-letni, przyjęty podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego. W badaniach obrazowych stwierdzono obecność pakietu węzłowego zaotrzewnowo, grzbietowo od trzonu trzustki. Nie stwierdzono żadnych innych zmian węzłowych, szpik prawidłowy. Chłopca z podejrzeniem chłoniaka zakwalifikowano do otwartej biopsji guza, stwierdzono SPN. Pacjenta zakwalifikowano do wycięcia trzonu trzustki z guzem, z zaoszczędzeniem śledziony i pozostawieniem ogona trzustki. Guz wycięto makroskopowo w całości. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Wyniki: Obecnie oboje pacjenci są w stanie ogólnym dobrym: dziewczynka w trakcie leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem technik radioizotopowych. Chłopiec pozostaje w obserwacji z drenowaną przetoką trzustkową.

Wnioski: Leczenie nowotworów trzustki u dzieci wymaga współpracy wielodyscyplinarnej.

POWIKŁANIA WYMAGAJĄCE REOPERACJI W CHIRURGII RAKA ŻOŁĄDKA – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

M. Grabala¹, P. Malinowski², A. Żuk², R. Wojsław¹, L. Adadyński¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Olsztyn

2 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej, Olsztyn

Rak żołądka (RŻ) jest jedną z głównych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego. Złe rokowanie wiąże się z późnym rozpoznaniem, często w zaawansowanych stadiach choroby. Pomimo ogromnego postępu wiedzy to leczenie chirurgiczne pozostaje podstawowym i decydującym elementem umożliwiającym wyleczenie chorego. Radykalne leczenie RŻ polega na całkowitym lub prawie całkowitym wycięciu żołądka z limfadenektomią D2. Ten rodzaj leczenia jest obarczony licznymi powikłaniami pooperacyjnymi (15-40%), a niektóre z nich wymagają reoperacji.

Cel pracy: Ocena częstości występowania relaparotomii po operacyjnym leczeniu RŻ i określenie czynników wpływających na częstość ich wystąpienia oraz ryzyko śmiertelności pooperacyjnej.

Metodyka: W analizie uwzględniono 118 pacjentów z RŻ leczonych operacyjnie w naszym ośrodku w latach 2005 -2014 (82 mężczyzn, 36 kobiet, średni wiek 65 lat). Z tej grupy 16 (13,5%) chorych wymagało relaparotomii z powodu powikłań. Oceniono wiek, płeć, choroby towarzyszące, rodzaj przebytego zabiegu, dobę pooperacyjną wystąpienia powikłania i ryzyko śmiertelności.

Wyniki: Śmiertelność okołoperacyjna była wyższa u pacjentów, którzy wymagali przynajmniej jednej relaparotomii niż u chorych, którzy mieli wykonaną tylko pierwotną operacją: 18,7% vs 5,9%. Wiązało się to z wyższym ryzykiem względnym zgonu: 3,17. Ryzyko śmiertelności nie było statystycznie wyższe u pacjentów w wieku > 65 lat: 1.02 OR. Częstość reoperacji w grupie M 15,8% vs K 8,3%. Obciążenia chorobami niechirurgicznymi (krążeniowo – oddechowe, cukrzyca) miało 62,5% chorych. W procedurach totalnej i subtotalnej resekcji żołądka potrzeba reoperacji wyniosła 17,3% vs 10%. Nie stwierdzono potrzeby ponownego leczenia operacyjnego chorych po wykonanym zespoleniu omijającym. Powikłania wymagające leczenia operacyjnego występowały pomiędzy 1 a 12 dobą pooperacyjną (I – 37,5%, VI – 25%, VIII – 18,75%, VII – 6,25%, XII - 6,25%). Najczęstszą przyczyną reoperacji było krwawienie do jamy otrzewnej (37,5%), nieszczelność zespolenia (25%) i ropnie (37,5%) oraz ewenteracja (18,75%).

Wnioski: 1. Relaparotomia z powodu powikłań operacji raka żołądka jest związana z wysokim ryzykiem śmiertelności. 2. Rozległość operacji ma istotny wpływ na częstość występowania ciężkich powikłań wymagających leczenia operacyjnego. 3. Najczęstszym wczesnym powikłaniem jest krwawienie do jamy otrzewnej a najpoważniejszym jest nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego.

INTERWENCJE CHIRURGICZNE Z POWODU KRWAWIENIA DO JAMY BRZUSZNEJ PO PRZESZCZEPIENIU WĄTROBY OD DAWCY ZMARŁEGO

M. Grąt¹, K. Wronka¹, W. Patkowski¹, M. Krasnodębski¹, Ł. Masior¹, J. Stypułkowski¹, K. Grąt², M. Krawczyk¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

2 - II Zakład Radiologii Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa

Krwawienie do jamy otrzewnej jest jednym z najczęstszych powikłań chirurgicznych po transplantacji wątroby.

Cel: Celem pracy była analiza przedoperacyjnych czynników ryzyka krwawienia do jamy otrzewnej po transplantacji wątroby wymagającego interwencji chirurgicznej oraz zbadanie znaczenia tego powikłania w kontekście wczesnych i odległych wyników po przeszczepieniu.

Metodyka: Dane 603 przeszczepień wątroby wykonanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby w latach 2011-2014 poddano analizie retrospektywnej.

Wyniki: Reoperacje z powodu krwawienia wewnątrzbrzusznego konieczne były po 45 z 603 (7.5%) transplantacji. Biorców przeszczepienia poddawanych relaparotomii charakteryzowało niższe przedoperacyjne stężenie hemoglobiny ($p=0.002$) oraz wyższe wartości INR ($p=0.025$), punktacji MELD ($p<0.001$) oraz śródoperacyjnych przetoczeń krwi ($p=0.002$) i osocza ($p=0.005$). Niższe stężenie hemoglobiny przed operacją było jednak jedynym niezależnym predyktorem tego powikłania ($p=0.002$), z polem pod krzywą ROC na poziomie 0.643 (95% przedział ufności: 0.551-0.736) i wartością odcięcia wynoszącą 11,3 g/dl. Odsetek śmiertelności pooperacyjnej w grupie biorców poddanych relaparotomii z powodu krwawienia był istotnie wyższy (15,6% vs. 5,6%, $p=0.008$), a odsetek wczesnej (do 90 dni) utraty przeszczepionego narządu nieistotnie wyższy (15,6% vs. 9,5%, $p=0,192$) w porównaniu do pozostałych chorych. Przeżycie ogólne od 90 dni do 3 lat po transplantacji w grupie chorych poddanych relaparotomii z powodu krwawienia (83,3%) było nieistotnie niższe w porównaniu do pozostałych chorych (92,2%, $p=0.096$). Podobnie, nie zaobserwowano istotnych różnic w zakresie przeżycia przeszczepionych narządów w okresie od 90 dni do 3 lat od transplantacji (83,3% vs. 90,0%, $p=0,230$). Niezależnie jednak od gorszych obserwowanych wyników transplantacji, analizy wieloczynnikowe nie potwierdziły istotnego wpływu relaparotomii wykonywanych z powodu krwawienia do jamy brzusznej na wczesną śmiertelnością pooperacyjną ($p=0,589$), wczesną utratę przeszczepionego narządu ($p=0,703$) oraz 3-letnie przeżycie chorych ($p=0,079$) i przeszczepionego narządu ($p=0,186$).

Wnioski: Interwencje chirurgiczne z powodu krwawienia do jamy brzusznej nie wpływają negatywnie na wczesne i odległe wyniki transplantacji wątroby. Przedoperacyjne stężenie hemoglobiny powyżej 11,3 g/dl jest czynnikiem istotnie zmniejszającym ryzyko wystąpienia tego powikłania.

ENDOSCOPIC STENT PLACEMENT IN TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN PATIENTS WITH PANCREATIC HEAD CANCER

T. Ivankiv¹, V. Kolomyitsev¹, O. Ogurtsov², A. Mashtalar¹, R. Peleh¹

1 - Lviv Medical University, Surgery Department №1, Lviv

2 - Medical University, Surgery Department, Lviv

In spite of the advances made in diagnostic procedures and treatment of patients with carcinoma of the pancreatic head remains relevant search for the optimal treatment strategy for patients with obstructive jaundice.

Aim of study: To improve results of treatment patients with obstructive jaundice and to optimize treatment strategy: combination miniinvasive and conventional operations.

Patients and methods: We retrospectively analyzed of 201 treated patient with carcinoma of the pancreatic head or the distal biliary tree which complicated by obstructive jaundice, who were treated at the clinic of the Department of Surgery №1 Lviv National Medical University over a period of from 2009 to 2014.

Results: The patients were divided into three groups. The median age of the patients included was 62 years. Men - 108 (54 %), women - 93 (46 %). Jaundice before hospitalization lasted 15,7±4,2 day. The average level of total bilirubin in the two groups was 184,2±35,6 mmol / l. Group 1: 8 (4%) patients with biliary 10 Fr plastic stent placement. Group 2: 33 (16,4%) patients with surgical treatment (pancreatoduodenal resection – 22 (10,9%), hepaticojejunostomy – 7 (3,5%), choledochoduodenostomy – 3 (1,5%), external drainage of bile tree – 1 (0,5%) after 8-12 days after endoscopic stent placement. Group 3: — 160 (79,6%) patients with surgical treatment without preoperative stenting: hepaticojejunostomy — 29 (14 %), choledochoduodenostomy (n=76; 38 %) external drainage of bile tree (n= 18; 9%), hepaticojejunostomy 21 (10%)/ Due to violation of passage in the gastrointestinal tract was performed gastroenterostomy. Patients with comorbidities diseases dominated in group 1. Cardiovascular disease: coronary artery disease (12 cases (5.9%), hypertension (9 cases (4.5%), chronic heart failure (3 cases (1.5%). Complications after endoscopic stent placement: bleeding - 2, stent migration - 1, mortality was 3% (1 patient). In addition, 4 patients after 2-6 months needed stent replacement due to recurrent jaundice. Complications developed in operated patients 18 cases (8.9%), 2 (0.99%) patients died.

Conclusions: In severe cases, patients with endobiliary stenting improves the general condition of the patient and reduce the risks of surgical treatment. In the early period of jaundice, surgery can be carried out without prior endobiliary stenting.

PRZEMIANA PRZETOKI JELITOWO-ATMOSFERYCZNEJ W JELITOWO-SKÓRNĄ PRZY UŻYCIU NPWT – PRZYPADEK KLINICZNY

R. Jaguścik¹, D. Walczak¹

1 - Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II Oddział Chirurgii Ogólnej, Bełchatów

W pracy prezentujemy przypadek chorego z ostrym zapaleniem trzustki, po dwukrotnej laparotomii i drenażu ropnia śródbrzusznego, u którego doszło w przebiegu pooperacyjnym do samoistnego rozejścia się powłok brzusznych oraz wytworzenia przetoki jelitowo-atmosferycznej, leczonego przy użyciu technik chirurgicznych oraz podciśnieniowego systemu leczenia ran (NPWT). W wyniku podjętych czynności doprowadzono do zamknięcia powłok brzusznych oraz zamiany przetoki jelitowo-atmosferycznej w przetokę jelitowo-skórną, znacznie łatwiejszą do zaopatrzenia i kontroli nad jej wydzielaniem.

RESEKCJE WIELONARZĄDOWE W LECZENIU GUZÓW MIEDNICY MAŁEJ

D. Jajtner¹, T. Leśniak², Z. Lorenc³

1 - Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Beskidzkie Centrum Onkologii- Szpital Miejski w Bielsku-Białej, Bielsko- Biała

2 - Oddział Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach, Katowice

3 - Katedra Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiec

Jedną z najtrudniejszych sytuacji w praktyce chirurgicznej ma miejsce w sytuacji, gdy nowotwór zajmuje i nacieka sąsiadujące narządy jamy brzusznej i miednicy mniejszej. Jednakże w tak trudnych przypadkach, u odpowiednio dobranych chorych, starannie zaplanowana i przeprowadzona wielonarządowa, blokowa resekcja zajętych organów może doprowadzić do poprawy jakości życia i wyników leczenia u pacjentów z lokalnie zaawansowanymi nowotworami.

Metoda: Celem pracy była retrospektywna analiza resekcji wielonarządowych z powodu guzów miednicy mniejszej, wykonanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Beskidzkiego Centrum Onkologii w Bielsku-Białej w latach 2000-2011.

Materiał: W wymienionym okresie czasu leczono 106 kobiet i 23 mężczyzn, u których wykonano zabiegi blokowe w obrębie miednicy małej. Średnia wieku dla obu płci wynosiła 65 lat (40-85 lat). U 109 chorych zabiegi wykonano z powodu nowotworu złośliwego, a u 20 z powodu nowotworów łagodnych, guzów zapalnych i przetok po terapii nowotworów złośliwych. Grupę oceniono pod względem punktu wyjścia nowotworu, liczby jednocześnie usuniętych narządów, powikłań i śmiertelności okołoperacyjnej oraz 5-letnich przeżyć całkowitych. Dokładniejszej analizie, pod względem przeżyć odległych w zależności od stopnia zaawansowania nowotworu, poddano podgrupę pacjentów z rakiem jelita grubego.

Wyniki: W przypadkach zabiegów radykalnych - łącznie odnotowano 54% 5-letnich przeżyć bez wznowy i rozsiewu i 64% 5-letnich przeżyć całkowitych. W grupie chorych na raka jelita grubego średnie przeżycie wyniosło 42 miesiące (1 do 106 mies). W 28 przypadkach zabiegów paliatywnych, wznowy i rozsiewu choroby nowotworowej uzyskano średnie przeżycie 17,5 miesiąca (1 do 61 mies). Potwierdzono wpływ liczby jednocześnie usuniętych narządów na przeżycia całkowite chorych poddanych resekcji wielonarządowej z powodu nowotworu złośliwego ($p=0.01$). Odnotowano statystycznie znamiennej zależność stopnia zaawansowania nowotworu wg Aster-Coller na przeżycia całkowite pacjentów z rakiem j. grubego ($p=0.0015$).

Wnioski: Zabiegi blokowe stanowią grupę operacji złożonych i wymagają drobiazgowego planowania zarówno pod kątem przygotowania przedoperacyjnego, strategii operacyjnej jak również czasu zabiegu, dysponowanych zasobów i zespołu ludzkiego zaangażowanego w ten proces. Dobór i przygotowanie pacjenta do tych złożonych procedur znacząco wpływa na osiągnięte rezultaty w aspekcie powikłań, śmiertelności i przeżyć odległych.

ZESPÓŁ BERNARDA. OPIS 2 PRZYPADKÓW KLINICZNYCH.

K. Jarosz¹, M. Sarba¹, Z. Sosnowski¹

1 - Specjalistyczny Szpital św. Łukasza w Końskich, Końskie

Niedrożność przewodu pokarmowego spowodowana kamieniem żółciowym jest rzadko występującym schorzeniem jamy brzusznej, korelującym z wysoką śmiertelnością. Autorzy na podstawie aktualnego piśmiennictwa starali się dokonać przeglądu dostępnych metod diagnostycznych oraz sposobów leczenia operacyjnego Zespołu Bernarda. Wyróżnia się dwie główne strategie postępowania zabiegowego tj. usunięcie złożu z przewodu pokarmowego z jednoczasową cholecystektomią oraz zamknięciem przetoki żółciowej (one stage surgery) lub z odroczonym usunięciem pęcherzyka żółciowego i zaopatrzeniem przetoki (two stage surgery).

Przedstawiono przypadki dwóch chorych leczonych operacyjnie z powodu niedrożności żółciowej przewodu pokarmowego, u których zastosowano zarówno strategię jedno- jak i dwuetapową, z opisem następstw i powikłań w przebiegu leczenia.

WŁASNE DOŚWIADCZENIE W CHIRURGICZNYM LECZENIU BĄBLOWICY WĄTROBY.

Z. Kamocki¹, K. Zaręba², N. Wodyńska², Ł. Gabiec², B. Kędra²

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

2 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Wątroba stanowi pierwszy filtr Lemmana w zarażeniu tasiemcem bąblowcowym z rodziny Taeniidae. Człowiek jest żywicielem pośrednim, a w wątrobie onkosfery zatrzymują się w 66%.

Cel: Celem pracy była ocena diagnostyki przedoperacyjnej oraz skuteczności leczenia chirurgicznego torbieli bąblowcowych wątroby.

Materiał i metody: Badaniami objęto 34 chorych (25 kobiet i 9 mężczyzn) w wieku od 20 do 81 lat, średnia wieku 56,4 lat, operowanych z powodu torbieli bąblowcowych wątroby. Diagnostyka wizualizacyjna była podstawą podejrzenia etiologii pasożytniczej, weryfikowaną badaniami serologicznym testem ELISA. Do leczenia operacyjnego kwalifikowano chorych po 4 tygodniowym leczeniu albendazolem. Przedoperacyjnie oznaczono stężenie białka C-reaktywnego. Podczas operacji mikroskopowo oceniano płyn z torbieli poszukując protoskoleksów i haków. Zabieg operacyjny polegał na usunięciu zmian pasożytniczych. Badanie histopatologiczne stanowiło ostateczne rozpoznanie. Ambulatoryjnie po roku od operacji przeprowadzono ocenę stanu zdrowia chorych.

Wyniki: Czulość testu ELISA wynosiła 48,3%, a swoistość 64,2%. U wszystkich chorych stężenie białka C-reaktywnego wynosiło poniżej 5,0mg/l. Nieanatomiczną resekcję wątroby wykonano u 29 chorych, u 2 resekcję anatomiczną, a u 3 usunięto parenchymatyczną warstwę twórczą. U 33 (97%) operowanych badaniem mikroskopowym potwierdzono żywe formy pasożyta w płynie z torbieli. Powikłania po zabiegu operacyjnym wystąpiły u 10 operowanych: u 3 przetoka żółciowa i u 7 wysiękowe zapalenie opłucnej prawej. Śmiertelność okołoperacyjna wynosiła 0%.

Wnioski: Leczenie chirurgiczne jest skuteczną metodą leczenia bąblowicy wątroby. Obarczone jest one niskim odsetkiem ciężkich powikłań. Wielkość i lokalizacja torbieli określa sposób postępowania chirurgicznego. Test ELISA cechuje się wysokim błędem wstępnych rozpoznań. Białko C-reaktywne nie jest przydatne w diagnostyce bąblowca. Mikroskopowa ocena płynu z torbieli stanowi cenną metodę diagnostyczną w postępowaniu chirurgicznym u chorych z torbielami bąblowcowymi.

WADA ROZWOJOWA ODBYTNICY JAKO PRZYCZYNA NAWROTOWYCH ROPNI KROCZA U DOROSŁEGO PACJENTA-OPIS PRZYPADKU.

M. Kołodziejczak¹, J. Sobocki², T. Szopiński³, I. Sudoł-Szopińska⁴, A. Wiączek⁵

1 - Szpital św Elżbiety, Warszawa

2 - Klinika Żywienia i Chirurgii , Szpital im. Orłowskiego w Warszawie, Warszawa

3 - Klinika Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie Collegium Medicum, Kraków

4 - Zakład Radiologii, Instytut Reumatologii w Warszawie oraz Zakład Diagnostyki Obrazowe, II WL Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

5 - Oddział Chirurgii Ogólnej Szpital na Solcu w Warszawie, Warszawa

Wady odbytnicy i układu moczowego często ze sobą współistnieją, a częstość występowania wad układu moczowo-płciowego u pacjenta z wadą odbytnicy waha się od 20-54% .Większość pacjentów z wadami rozwojowymi odbytnicy ma rozpoznaną i operowaną chorobę już we wczesnym dzieciństwie. Przedstawiono przypadek dorosłego pacjenta ze złożoną wadą wrodzoną dotyczącą odbytnicy i układu moczowego.

52-letni pacjent został przyjęty do oddziału w trybie ostrym z powodu nawrotowego ropnia krocza. W wywiadzie podawał przebyte operacje urologiczne w okresie niemowlęctwa z powodu wady wrodzonej cewki moczowej (brak dokumentacji z operacji i pobytów szpitalnych) oraz kilkanaście incydentów ropni krocza, w przebiegu których dochodziło do zatrzymania moczu. Z powodu zwężenia cewki moczowej, pacjent wielokrotnie miał zakładaną cystostomię. Ropień nacięto, po zagojeniu rany przeprowadzono szczegółową diagnostykę proktologiczną i urologiczną (ultrasonografia przezodbytnicza, rezonans magnetyczny miednicy, kolonoskopia,). Obraz badania ultrasonograficznego i rezonansu magnetycznego wskazywał na duży uchyłek albo wadę (prawdopodobnie zdwojenie) odbytnicy. Pacjenta zakwalifikowano do operacji planowej w zespole interdyscyplinarnym-chirurgzy koloproktolodzy i urolog. Zmiana usunięta z dostępu laparoskopowego wykazała łączność z odbytnicą, w związku z tym po zeszcyciu odbytnicy wyprowadzono ileostomię zabezpieczającą. Dwa tygodnie po operacji, po wypisie pacjenta ze szpitala, wystąpiły objawy podniedrożności. Pacjent był hospitalizowany w miejscowym szpitalu. Objawy niedrożności ustąpiły po zastosowaniu leczenia zachowawczego. W badaniu histopatologicznym materiału stwierdzono tkanki ściany odbytnicy i ostatecznie rozpoznano wadę rozwojową odbytnicy. W pół roku po operacji odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego. Obecnie pacjent pozostaje w stanie dobrym bez objawów wznowy choroby.

Wnioski : W przypadku nawrotowych, nietypowych ropni odbytu albo przetok przebiegających poza zwieraczami odbytu, obok przyczyn urazowych czy zapalnych miednicy należy brać pod uwagę również przyczyny kazuistyczne nawrotowych infekcji i wykonać szczegółową diagnostykę obrazową.

ZNACZENIE VEGF JAKO CZYNNIKA PROGNOSTYCZNEGO W GRUCZOLAKORAKU TRZUSTKI.

J. Kostro¹, R. Pęksa², S. Hać¹, A. Hellmann¹, M. Szymański¹, Z. Śledziński¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

2 - Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Rak trzustki jest nowotworem o bardzo złym rokowaniu. Jednym z procesów mających wpływ na rozwój tego nowotworu jest angiogeneza. Wciąż prowadzone są badania nad zastosowaniem leków antyangiogennych w leczeniu raka trzustki.

Cel pracy: Ocena VEGF jako czynnika prognostycznego w raku trzustki.

Metodyka: Przeanalizowano 91 przypadków raka gruczołowego trzustki. Ocenie poddano wybrane parametry: lokalizacja guza, stopień zaawansowania miejscowego – cecha T wg pTNM, ilość zajętych węzłów chłonnych - cecha N wg pTNM, stopień zaawansowania nowotworu (S), stopień zróżnicowania histologicznego (G), wymiary guza oraz oceniono ich zależność od naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu (VEGF).

Wyniki: Nowotwór występował w wieku od 39 do 91 lat, u 44 kobiet i 47 mężczyzn i w 89% przypadkach był zlokalizowany w głowie trzustki. U 76,47% pacjentów z niższym stopniem zróżnicowania histologicznego (grade 1) występowała wyższa ekspresja VEGF ($p=0.0391$), 84,62% pacjentów z większymi wymiarami guza (> 2 cm) posiadało wyższą ekspresję VEGF ($p=0.0114$). Nie obserwowano zależności VEGF od stopnia zaawansowania nowotworu.

Wnioski: Wyższa ekspresja VEGF wiąże się z gorszym rokowaniem w raku gruczołowym trzustki.

PROSPEKTYWNA OCENA CZYNNOŚCI I MORFOLOGII TRZUSTKI W OBSERWACJI CHORYCH PO CIĘŻKIM OSTRYM ZAPALENIU TRZUSTKI

D. Kozieł¹, S. Głuszek²

1 - Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Endokrynologicznej Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce

Ostre zapalenie trzustki jest współcześnie dobrze zdefiniowaną chorobą pod względem klinicznym, morfologicznym i biochemicznym. Uważa się, że jest samoograniczającym się procesem, w przebiegu którego nie dochodzi do trwałych zmian w czynności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki po usunięciu czynnika etiologicznego. Wyniki dostępnych badań są jednak w tej kwestii rozbieżne. Może to być związane z różnicami w metodach diagnostycznych i proporcjach badanych pacjentów w stosunku do czynnika etiologicznego i ciężkości choroby oraz różnic w stosowanych testach.

Celem podjętych badań była ocena funkcjonowania chorych po ciężkim ostrym zapaleniu trzustki.

Metody: Do badania włączono prospektywnie 99 chorych po ciężkim ostrym zapaleniu trzustki (OZT) i 51 po łagodnym OZT bez cech przewlekłego zapalenia trzustki przed chorobą. Badanie przeprowadzono okresie 13-20 miesięcy po zachorowaniu. Oceny funkcji zewnątrzwydzielniczej dokonano w oparciu o badanie próbki stolca na elastazę 1, rozróżniając lekką, średniociężką i ciężką niewydolność trzustki. W celu oceny funkcji wewnątrzwydzielniczej wykonano badanie HbA1c, aktywność insuliny i C-peptydu. Z oceny czynności wewnątrzwydzielniczej wyłączono chorych z cukrzycą przed chorobą. Odchylenia w morfologii trzustki analizowano na podstawie badań obrazowych: USG i CT.

Wyniki: U chorych po ciężkim OZT istotnie częściej niż w grupie po łagodnym OZT stwierdzono niewydolność zewnątrzwydzielniczą 17/99 (17,2%: 9,1% ciężka, 3% umiarkowanie ciężka i 5,1% lekka) vs 4/51 (7,8%: 5,8% ciężka, 2% umiarkowana) i niewydolność wewnątrzwydzielniczą 16/86 (18,6%) vs 2/47 (4,3%) ($p < 0.05$; OR 5.1). Nawrotowe OZT częściej dotyczyło chorych po ciężkim OZT 35 (35,3%) vs 11 (21,6%) ($p = 0.09$; OR 1.9). Niewydolność zewnątrzwydzielnicza wystąpiła u 49% chorych z ciężkim nawrotowym OZT. Prawidłowy wynik CT miało 32% pacjentów po ciężkim i 84% po łagodnym OZT. Torbiele rzekome rozpoznano u 30% chorych po ciężkim i 2% po łagodnym OZT, ostre zbiorniki płynowe 16% vs 6%, zmiany w mięszu trzustki 7% vs 2%, zanik 7% vs 0 odpowiednio.

Wnioski: Ciężkie zapalenie trzustki powoduje poważne klinicznie zmiany morfologiczne i czynnościowe pojawiające się w długim okresie obserwacji po zachorowaniu.

ZNACZENIE NACIEKÓW KOMÓREK NOWOTWOROWYCH W NACZYNIACH LIMFATYCZNYCH RAKA PRZEŁYKU

M. Kozłowski¹, W. Laudański¹, P. Dziegielewski¹, G. Łapuć¹, R. Milewski²

1 - Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

2 - Zakład Biostatystyki i Informatyki Uniwersytetu medycznego w Białymstoku, Białystok

Odkrycie białek ulegających specyficznej ekspresji w śródbłonku limfatycznym i wytworzenie przeciwciał do tych markerów umożliwiło immunohistochemiczną identyfikację naczyń limfatycznych, postęp w badaniach limfangiogenezy i przerzutów do węzłów chłonnych.

Celem pracy jest analiza obecności nacieków komórek nowotworowych w naczyniach limfatycznych wybarwionych za pomocą przeciwciała D2-40 (podoplaniny) w resekowanych guzach przełyku i korelacji uzyskanych wyników z parametrami kliniczno-patologicznymi oraz przeżyciem chorych.

Przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych zaobserwowano u 86% chorych z inwazją komórek nowotworowych w naczyniach limfatycznych. Zatory lub pojedyncze komórki nowotworowe w naczyniach limfatycznych pozytywnie korelowały z przerzutami do węzłów chłonnych ($p < 0.001$), patologicznym stopniem zaawansowania ($p < 0.001$), wielkością guza ($p < 0.001$) i głębokością nacieku w ścianie przełyku ($p = 0.001$). W wieloczynnikowej analizie regresji logistycznej stwierdzono, że zatory lub pojedyncze komórki nowotworowe w naczyniach limfatycznych są niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych ($p = 0.036$). Krzywe przeżycia wskazywały na negatywny wpływ pojedynczych komórek lub zatorów z komórek nowotworowych w naczyniach limfatycznych na prawdopodobieństwo przeżycia chorych okresu obserwacji. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w przeżyciu wolnym od nawrotu choroby ($p < 0.001$), przeżyciu zależnym od choroby ($p < 0.001$) i przeżyciu całkowitym chorych ($p < 0.001$). Po uwzględnieniu wpływu wszystkich analizowanych czynników kliniczno-patologicznych na prawdopodobieństwo przeżycia inwazja komórek nowotworowych w naczyniach limfatycznych była niezależnym, niekorzystnym czynnikiem prognostycznym przeżycia wolnego od nawrotu choroby ($p = 0.036$) i całkowitego przeżycia chorych ($p = 0.032$).

Zatory lub pojedyncze komórki nowotworowe w naczyniach limfatycznych wybarwionych za pomocą przeciwciała D2-40 w resekowanych guzach są niezależnym histopatologicznym czynnikiem ryzyka wystąpienia przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych oraz niezależnym czynnikiem rokowniczym przeżycia wolnego od nawrotu choroby i całkowitego przeżycia chorych na raka przełyku leczonych operacyjnie.

POŁĄCZENIE ŻOŁĄDKOWO – JELITOWE - EWOLUCJA TECHNIKI OPERACYJNEJ OD OPERACJI RYDYGIERA W 1881 ROKU.

K. Krzesiwo¹, A. Gierada-Fijałkowska², W. Nowak³

1 - SMS im G. Narutowicza, Krakowie

2 - III Klinika Chirurgii Ogólnej UJ CM, KRAKÓW

3 - III Klinika Chirurgii Ogólnej CM UJ, Kraków

Połączenie żołądkowo – jelitowe - ewolucja techniki operacyjnej na przestrzeni ponad 120 lat. Operacja ta podejmowana jest w celu rekonstrukcji przewodu pokarmowego po częściowej lub prawie całkowitej resekcji żołądka lub jako paliatywne zespolenie omijające zwężenie i niedrożność odźwiernika lub dwunastnicy. Na przestrzeni lat śmiertelność i chorobowość po wykonanym zespoleniu zmieniła się z ponad 70% do poziomu 2-3% (związanych z techniką chirurgiczną). Wprowadzono nie tylko nowe techniki zespolień (szwy mechaniczne), drogi dostępu chirurgicznego (laparoscopia) i nowoczesną biotechnologię (właściwości biofizyczne szwów chirurgicznych) ale również poszerzono wskazania do operacji z powodu epidemiologicznego wzrostu chorób nowotworowych przewodu pokarmowego, wydłużenia czasu życia oraz efektywności leczenia chorób nienowotworowych. W pracy przedstawiono sposoby wykonywania zespolień żołądkowo-jelitowych, nowoczesne techniki zespolień uwzględniając czynniki wpływające na skuteczność zabiegów, które zmieniły szanse chorobowości i śmiertelności okołoperacyjnej. Podano przegląd literatury uwzględniając polskie doniesienia pierwszych operacji wykonanych przez Ludwika Rydygiera.

WYNIKI LECZENIA GRUCZOLAKORAKA POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO TYPU II I III WEDŁUG KLASYFIKACJI SIEWERTA

P. Kulig¹, M. Sierżęga¹, R. Pach¹, P. Kołodziejczyk¹, J. Kulig¹, P. Polska grupa badawcza nad rakiem żołądka²

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

2 - Polska Grupa Badawcza Nad Rakiem Żołądka, Polska Grupa Badawcza Nad Rakiem Żołądka

Współczesne badania epidemiologiczne wskazują na rosnącą zapadalność na gruczolakoraka połączenia przełykowo-żołądkowego, który staje się istotnym problemem klinicznym na niektórych obszarach geograficznych. Mimo licznych badań, nadal istnieją wątpliwości, co do preferowanego sposobu leczenia guzów typu II i III wg klasyfikacji Siewerta, uważanych zwyczajowo za prawdziwego raka żołądka.

Cel pracy: Celem badania była analiza i porównanie cech kliniczno-patologicznych, wyników operacyjnych, czasu przeżycia oraz czynników rokowniczych dla typów II i III raka połączenia przełykowo-żołądkowego według klasyfikacji Siewerta.

Metodyka: Analizą objęto 243 chorych na raka połączenia przełykowo-żołądkowego typu II i III wg klasyfikacji Siewerta, leczonych w ramach Polskiej Grupy Badawczej Nad Rakiem Żołądka w latach 1999 do 2008.

Wyniki: Liczba chorych z guzem typu II i III wynosiła odpowiednio 109 i 134. Jedyną spośród cech kliniczno-patologicznych, różniących oba rodzaje nowotworów był znamienne większy odsetek guzów o zaawansowaniu T1-2 według klasyfikacji TNM dla typu II (30% vs 10%; $P=0,011$). W przypadku guzów typu III znamienne częściej wykonywano całkowitą resekcję żołądka (81% vs 59%; $P=0,006$), ale analiza nie wykazała istotnych różnic w częstości powikłań oraz śmiertelności okołoperacyjnej między dwoma grupami. Odsetek chorych przeżywających 5 lat był znamienne większy dla guzów typu II (41,4% vs 17,2%; $P<0,001$), dłuższa była również mediana czasu przeżycia (42 vs 16 miesięcy; $P<0,001$). Niemniej w analizie wieloczynnikowej wykazano, że jedynymi niezależnymi czynnikami prognostycznymi wskazującymi na niekorzystne rokowanie były: wiek >70 lat, zaawansowanie guza pierwotnego (T), obecność przerzutów do węzłów chłonnych (N) oraz nieradykalna resekcja.

Wnioski: Typ II raka połączenia przełykowo-żołądkowego wg Siewerta wiąże się z korzystniejszym rokowaniem, ale jest to wynikiem mniejszego zaawansowania nowotworu w chwili podjęcia leczenia niż w przypadku typu III.

MANOMETRIA WYSOKIEJ ROZDZIELCZOŚCI U PACJENTÓW Z GERD PRZED I PO FUNDOPLIKACJI

J. Kurek¹, S. Borowy², M. Gierek¹, K. Nocon², K. Bilnik³, A. Stadnicki⁴

1 - SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Jaworzno

2 - SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Jaworzno

3 - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Sosnowiec

4 - Pracownia Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie; Wydz.Farm.z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Kat.Podst.Nauk biomedycznych, Jaworzno, Sosnowiec

Wstęp i Cel. Znaczenie manometrii wysokiej rozdzielczości (MWR) u pacjentów z GERD, szczególnie dla oceny fundoplikacji jest mało poznane. Celem pracy jest prospektywnie ocena w MWR połączenia przełykowo - żołądkowego i perystaltyki przełyku u pacjentów z chorobą refluksową przełyku (GERD), przed i po laparoskopowej fundoplikacji metodą Nissena.

Metody. MWR przeprowadzono w grupie 25 pacjentów z GERD przed fundoplikacją (grupa przedoperacyjna) i co najmniej 3 miesiące po operacji (grupa pooperacyjna). Protokół zawierał 10 kolejnych przełknięć 10 ml wody. Analizę danych komputerowych dokonano w programie topografii ciśnienia według nowej klasyfikacji Chicago.

Wyniki. W grupie pooperacyjnej podstawowe ciśnienia LES i minimalne ciśnienia LES było statystycznie znamienne wyższe niż w grupie przedoperacyjnej. Zintegrowane ciśnienia relaksacji (IRP) było również znamienne wyższe w grupie pooperacyjnej w porównaniu do grupy przedoperacyjnej. Wartości IRP mieściły się w zakresie referencyjnych norm w obu badanych grupach (<15 mm Hg), z wyjątkiem wzrostu IRP u jednego pacjenta po operacji. Przed fundoplikacją u 11 pacjentów rozpoznano przepuklinę rozworu przełykowego, nie stwierdzono przepukliny rozworu u żadnego pacjenta po operacji. Stwierdzono istotny wzrost ciśnienia wewnątrz bolusa (IBP MAX) i zmniejszenie prędkości skurczowej (CFV) w grupie pooperacyjnej w porównaniu do grupy przedoperacyjnej. Wskaźnik skurczu dystalnego segmentu przełyku (DCI) był znamienne wyższy w grupie pooperacyjnej, a w oparciu o wartość progu DCI (450 mmHg / s / cm) zaobserwowano trend w zmianie nieefektywnej do efektywnej perystaltyki przełyku ($p = 0,07$). Zaobserwowano znamienne częstsze występowanie fal o podwójnym szczycie w grupie po operacji niż w grupie przed operacją. Wyniki zostały przedstawione w tabeli.

Wnioski. MWR jest cenną metodą diagnostyczną w zakresie charakterystyki LES chorych z GERD przed i po fundoplikacji. Fundoplikacja ustanawia barierę przeciw refluksową zwiększając ciśnienie LES i korygując przepuklinę rozworu przełykowego. Nawet umiarkowany wzrost IRP może przyczyniać się do zaburzeń motoryki i ciśnienia wewnątrz bolusa (IBP) w niektórych pacjentów po fundoplikacji.

MANOMETRIA WYSOKIEJ ROZDZIELCZOŚCI W OCENIE PRZEPUKLINY ROZWORU PRZEŁYKOWEGO U PACJENTÓW Z GERD PRZED I PO FUNDOPLIKACJI.

J. Kurek¹, S. Borowy¹, M. Gierek¹, J. Majewski¹, K. Bilnik², A. Stadnicki³

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Jaworzno

2 - Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych., Sosnowiec

3 - Pracownia Chorób Czynnościowych Przewodu Pokarmowego, Szpital Wielospecjalistyczny, Jaworzno; Wydz. Farm. z Oddz. Med. Labor. w Sosnowcu, Katedra Podst. Nauk Biomedycznych, Jaworzno, Sosnowiec

Cel: Wartość diagnostyczna manometrii wysokiej rozdzielczości (MWR) dla rozpoznania przepukliny rozworu przełykowego (PRP), oraz zaburzenia perystaltyki przełyku towarzyszące PRP nie są poznane. Celem pracy jest ocena diagnostycznej dokładności MWR w rozpoznaniu PRP oraz porównanie perystaltyki przełyku u pacjentów z PRP przed i po fundoplikacji.

Metodyka: Czułość i swoistość MWR dla PRP oceniono u 31 pacjentów z GERD i zakwalifikowanych do fundoplikacji metodą Nissena, u których wykonano przed operacją MWR. Ocenę śródoperacyjną przyjęto jako złoty standard w rozpoznaniu PRP. Diagnostyczną dokładność przedstawiono przy pomocy krzywej ROC (receiver operating characteristic), z obliczeniem pola powierzchni pod krzywą ROC (area under curve, AUC). Profil MWR przedstawiono u 11 pacjentów, u których wykonano MWR przed fundoplikacją i nie mniej niż 3 miesiące po fundoplikacji. Protokół zawierał 10 kolejnych przełknięć 10 ml wody. Analizę danych komputerowych dokonano w programie topografii ciśnienia według nowej klasyfikacji Chicago.

Wyniki: Wśród 31 pacjentów u 29 stwierdzono PRP podczas operacji, natomiast w MWR jedynie u 14 w nich wykazano diagnostyczne kryteria PRP (średni rozmiar przepukliny 2.44 cm). MWR nie przedstawiła wyników fałszywie pozytywnych, natomiast przedstawiła wynik fałszywie negatywny u 15 pacjentów. Czułość i swoistość rozpoznania PRP w MWR wynosiła odpowiednio 48% and 100%. AUC pod krzywą ROC dla MWR =0.74, podczas gdy progowa wartość diagnostyczna = 0.8. W profilu MWZ z PRP stwierdzono znamienne niższe minimalne ciśnienie podstawowe połączenia przełykowo-żołądkowego (EGI) i zintegrowane ciśnienie relaksacji (IRP) przed operacją w porównaniu z wartościami po operacji. Wartości IRP były w przedziale referencyjnym przed i po operacji (<15 mmHg). Wartości średniego ciśnienia połączenia przełykowo-żołądkowego były niższe przed operacją niż po operacji, jednak porównanie wyników nie było statystycznie znamienne. Fundoplikacja nie zmieniła wartości ciśnienia wewnątrz bolusa (IBP) ani wskaźnika skurczu dystalnego (DCI). Wyniki przedstawiono w tabeli.

Wnioski: MWR nie stanowi wystarczająco dokładnej diagnostycznej metody dla PRP. Operacyjna korekcja PRW prowadzi do zwiększenia ciśnienia połączenia przełykowo – żołądkowego (EGI) i ustanawia barierę przeciwrefluksową, jednak nie zmienia ciśnienia wewnątrz bolusa (IBP) ani wskaźnika skurczu dystalnego (DCI)

PRZEBUDOWA WSTECZNA BŁONY ŚLUZOWEJ I PODŚLUZOWEJ ŻOŁĄDKA U CHORYCH LECZONYCH CHIRURGICZNIE Z POWODU PRZEPUKLINY ROZWORU PRZEŁYKOWEGO

J. Kurek¹, E. Reichman-Warmusz², G. Buła³, D. Dudek², M. Grochla², O. Segiet², M. Brzozowa², K. Nocoń¹, R. Wojnicz²

1 - SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Jaworzno

2 - Katedra i Zakład Histologii z Laboratorium Patologii Komórki w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

3 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

Brak jest doniesień dotyczących przebudowy wstecznej błony śluzowej żołądka pacjentów z przepukliną rozworu przełykowego po chirurgicznych zabiegach korekcyjnych.

Cel pracy: Celem pracy było określenie fenotypu wybranych wskaźników reakcji zapalnej w wycinkach błony śluzowej oraz podśluzowej u chorych poddanych laparoskopowej fundoplikacji w aspekcie przebudowy wstecznej.

Materiały i metody: Badaniami objęto wycinki biopsyjne żołądka części wpustowej, trzonu oraz odźwiernika pochodzące od 5 chorych (3M, 2K, średnia wieku 58.9 ± 6.2 lat) pozyskane w trakcie laparoskopowej fundoplikacji przepukliny rozworu przełykowego. U dwóch chorych po 3 miesiącach od zabiegu w trakcie gastrokopii pobrano wycinki kontrolne w liczbie 18. Całkowita liczba wycinków poddanych badaniom morfologicznym wynosiła 63. Wycinki, bezpośrednio po pobraniu, utrwalono w acetonie a następnie zamrażano w -80°C . Skrawki mrożeniowe o grubości $4 \mu\text{m}$ poddano diagnostyce immunohistochemicznej z wykorzystaniem systemu EnVision/Fast Red oraz przeciwciał anty-VEGF-R1, anty-indukowana syntetaza NO (iNOS), anty-leukocyty CD45 oraz E-selektyna (ELAM-1). Ocenę ekspresji fenotypowej wykonano w oparciu o skale: 0-brak ekspresji, 1 – umiarkowana oraz 2 – nasilona ekspresja) badanych wskaźników.

Wyniki: W badaniu immunohistologicznym wycinków pobranych przed zabiegiem fundoplikacji z obszaru wpustu i odźwiernika stwierdzono nasiloną ekspresję iNOS, VEGF-R1 oraz ELAM-1. Nie wykazano nasilonej ekspresji powyższych antygenów w wycinkach z trzonu żołądka. Zawartość komórek CD45 we wszystkich badanych obszarach nie odbiegała od obserwowanej w stanach fizjologii. W wycinkach po zabiegu fundoplikacji stwierdzono utrzymywanie się nasilonej ekspresji iNOS z jednoczesnym znacznym wzrostem zawartości komórek CD45 w błonie podśluzowej we wszystkich wycinkach, w tym z dna. Równocześnie nie stwierdzono utrzymywania się ekspresji antygenów ELAM-1 na powierzchni komórek śródbłonna naczyń włosowatych we wszystkich badanych obszarach. Część gruczołów śluzówkowych wykazywała cechy regeneracji.

Wnioski: Uzyskane rezultaty wskazują na obecność przewlekłej reakcji zapalnej związanej z przebudową wsteczną błony śluzowej i podśluzowej żołądka, szczególnie w obszarze wpustu i odźwiernika.

LECZENIE CHIRURGICZNE PACJENTÓW Z CHOROBAŁĄ LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

J. Lasota¹, Z. Sosnowski², Ł. Szymański²

1 - Specjalistyczny szpital św. Łukasza w Końskich, Końskie

2 - Specjalistyczny szpital św. Łukasza w Końskich, KOŃSKIE

Choroba Leśniowskiego-Crohna stanowi poważne wyzwanie dla lekarzy różnych specjalności. Jednym z nich jest chirurg, który często musi podjąć trudną decyzję o operacji i dalej o zakresie resekcji jelita cienkiego lub/i grubego łącznie z decyzją o odtworzeniu ciągłości czy wyłonienia stomii, czasami decyzje te musi podejmować w warunkach ostro-dyżurowych.

W dyskusji na podstawie przeglądu piśmiennictwa przedstawiliśmy współczesne poglądy na temat postępowania chirurgicznego z pacjentami z chorobą Leśniowskiego - Crohna. Umieściliśmy również, krótkie opisy własnych przypadków chorych z ChL-C i różnymi fenotypami jak; postać zapalną z tendencją do tworzenia zwężeń, postać zapalną z tendencją do tworzenia przetok i ropni, oraz pacjenta z perforacjami jelita cienkiego. Opisy przypadków przedstawiają pacjentów chorych operowanych planowo jak i w trybie ostrym.

Klasyczna postać z zajęciem końcowego odcinka jelita krętego ChLC– zaczyna się zwykle skrycie, niekiedy pierwszym objawem jest niedokrwistość lub gorączka o nieznanym przyczynie. U większości chorych dominują ból brzucha i biegunka. U ~30% chorych wyczuwalny jest guz w prawym dolnym kwadrancie jamy brzusznej. Taki obraz kliniczny często powoduje decyzje o operacji: appendektomia, laparotomia zwiadowcza, resekcja krętniczo-kątnicza. Izolowany ChLC tylko w wyrostku robaczkowym to 0,2 – 6%, po appendektomii 92% chorych będzie operowanych w ciągu 3 lat, po resekcji krętniczo-kątnicznej < 50% będzie wymagało zabiegu operacyjnego. W pracy skupiliśmy się na fenotypach, obrazie klinicznym, etiologii, dostępnej diagnostyce oraz leczeniu zachowawczym. Szczególną uwagę poświęciliśmy na postępowanie chirurgiczne w różnych sytuacjach klinicznych i w różnych postaciach ChLC, a także postępowaniu pooperacyjne.

ROLA CHIRURGII W LECZENIU PRZERZUTÓW CZERNIAKA DO WĄTROBY.J. Ligocka¹, M. Ligocki¹, R. Stankiewicz¹, O. Kornasiewicz¹, M. Krawczyk¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Średnie przeżycie chorych z przerzutami czerniaka do wątroby nie poddanych resekcji wątroby nie przekracza 6 miesięcy. Resekcja wątroby stała się złotym standardem leczenia w przypadku przerzutów raka jelita grubego (PRJG). Wartość leczenia chirurgicznego chorych z przerzutami czerniaka do wątroby pozostaje jednak niepewna.

Celem pracy było określenie czynników predykcyjnych i ocena przeżycia chorych ze stadium IV czerniaka poddanych resekcji wątroby.

Materiał i Metody: Retrospektywnie przeanalizowano 38 chorych z przerzutami czerniaka oka (n=24, 63.2%) i skóry (n=14; 36.8%) ograniczonymi do wątroby, operowanych w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby w latach 1999-2014. Długoletnie przeżycie zostało ocenione metodą Kaplan-Meier i porównane z przeżyciem chorych po resekcji wątroby z powodu PRJG w tej samej Klinice (n=1,029). Poddano analizie potencjalne czynniki prognostyczne, takie jak: wiek, płeć, pochodzenie ogniska pierwotnego, margines resekcji i czas między resekcją ogniska pierwotnego a diagnozą zmian przerzutowych.

Wyniki: 1, 3, 5-letnie przerzucie po resekcji wątroby u chorych z przerzutami czerniaka wyniosło 64.9%, 36.6%, 25.3%, natomiast przeżycie chorych po leczeniu chirurgicznym PRJG wyniosło 88.0%, 61.5%, 47.6% (p<0.05). Czysty margines resekcji zapewniał dłuższe przeżycie chorym. Średnie 1, 3, 5-letnie przeżycie chorych po resekcji z marginesem R0 (n=19, 50%) wyniosło 49.5 miesiąca (zakres 7.01-146.1) i 88.9%, 57.9%, 43.5%, w porównaniu z grupą chorych po resekcji z marginesem R2 (n=19, 50%) 13.5 miesiący (zakres 0,7-62.6) i 40.5%, 13.9%, 6.9%, (p=0.0001). Drugim niezależnym pozytywnym czynnikiem prognostycznym był odstęp czasu powyżej 48miesiący od resekcji zmiany pierwotnej do wykrycia ognisk przerzutowych w wątrobie (p=0.024). Nie znaleziono istotnej statystycznie różnicy dotyczącej wieku (p=0.69), płci (p=0.23) i pochodzenia ogniska pierwotnego (p=0.056).

Wnioski: Uzyskana kliniczna skuteczność leczenia chirurgicznego chorych z przerzutami czerniaka do wątroby nie jest w pełni satysfakcjonująca gdy porównujemy wyniki z osiąganymi w przypadku przerzutów raka jelita grubego. Jednak z powodu braku skutecznego leczenia alternatywnego dla tego typu przerzutów, agresywne postępowanie chirurgiczne powinno być rozważane kiedy jest możliwa radykalna resekcja. Również chorzy z długim czasem pomiędzy resekcją zmiany pierwotnej i przerzutowej wydają się być dobrymi kandydatami do leczenia chirurgicznego.

WARTOŚĆ PROGNOSTYCZNA MAKROFAGÓW TOWARZYSZĄCYCH GUZOWI I SUBPOPULACJI LIMFOCYTÓW T W GRUCZOLAKORAKU JELITA GRUBEGO

Z. Lorenc¹, K. Lorenc-Podgórska¹, M. Wesecki¹, W. Krawczyk¹, M. Majewski¹, D. Waniczek²

1 - Katedra Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiec

2 - Zakład Propedeutyki Chirurgii, Katedra Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom

Cel: Ocena wartości prognostycznej liczby limfocytów T cytotoksycznych (T8), limfocytów T regulatorowych (Treg), oraz nasilenia nacieku makrofagów związanych z guzem (TAM), jako czynników prognostycznych w odniesieniu do czasu wolnego do choroby (DFS) oraz całkowitego czasu przeżycia (OS) u chorych na gruczolaka jelita grubego.

Materiał i metoda: Badania miały charakter retrospektywny. Do badania zakwalifikowano 60 operowanych chorych w stopniu zaawansowania IIA, IIIB i IIIC w wieku 36-80 lat. Oceny intensywności nacieków dokonano na skrawkach zawierających front naciekania guza wybarwionych immunohistochemicznie. Do identyfikacji subpopulacji limfocytów i makrofagów wykorzystano ekspresję białek CD8, FoxP3, CD63 oraz iNOS.

Wyniki: Nawrót choroby zanotowano u 20 chorych, 4 miejscowy, 16 uogólniony. W grupie tej częściej występowały masywne nacieki TAM o fenotypie M2 limfocytów T8 oraz wyższy względny udział Treg w nacieku guza ($p < 0,0001$). Zaobserwowano znamiennej statystycznie ($p < 0,05$) dodatnią korelację ($R = 0,46$) pomiędzy intensywnością nacieku TAM w zrębie guza, a liczbą Treg. Chorzy z masywnymi naciekami TAM w guzie oraz dużą liczbą Treg charakteryzowali się dłuższymi OS oraz DFS (odpowiednio $p = 0,041$ oraz $p < 0,00001$).

Wnioski: Intensywność naciekania guza przez oraz liczba limfocytów Treg w guzie mogą stanowić negatywny czynnik predykcyjny w odniesieniu do Overall survival i Disease free survival u chorych na gruczolaka jelita grubego w stopniu zaawansowania IIA, IIIB i IIIC.

METALOPROTEINAZY MACIERZY ZEWNĄTRZKOMÓRKOWEJ MMP9 i MMP28 W RAKU JELITA GRUBEGO

K. Lorenc-Podgórska¹, W. Krawczyk¹, M. Majewski¹, M. Opiłka¹, Z. Lorenc¹

1 - Katedra Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Sosnowiec

Późna wykrywalność raka jelita grubego, często w inwazyjnym jego stadium, stanowi przyczynę, dla której odległe efekty jego leczenia i odsetek 5-letnich przeżyć, wciąż nie są zadowalające. Badania nad patomechanizmem ekspansji nowotworów wskazują na istotną rolę metaloproteinaz macierzy pozakomórkowej w procesie nowotworzenia, na wielu jego etapach. Zaburzenia ekspresji metaloproteinaz macierzy zewnątrzkomórkowej mogą stanowić uzupełniający marker diagnostyczny w raku jelita grubego, pozwalającym na wcześniejsze wykrywanie choroby.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena zmian aktywności transkrypcyjnej genów kodujących MMP9 i MMP28 w RJG oraz próba oznaczenia ich wartości diagnostycznej, prognostycznej i ewentualnej możliwości wykorzystania tych genów w terapii molekularnie ukierunkowanej.

Metodyka: Badany materiał stanowiły wycinki jelita grubego pobrane w trakcie jego resekcji, od 25 chorych na raka jelita grubego, spełniających określone kryteria, z których ostatecznie uzyskano 28 próbek. Analizę molekularną, pozwalającą na ocenę ekspresji genów kodujących MMP9 i MMP28, przeprowadzono przy użyciu mikromacierzy oligonukleotydowych HG-U133A, dla których mRNA pozyskiwano z gruczolaka oraz niezmięionej, zdrowej tkanki jelita grubego. Walidację wyników eksperymentu macierzowego przeprowadzono techniką QRT-PCR w czasie rzeczywistym.

Wyniki: W wyniku grupowania hierarchicznego znormalizowanych stężeń mRNA powstały: grupa kontrolna (K) wolna od utkania nowotworowego, grupa nowotworów o niskim stopniu zaawansowania klinicznego (NSZ - CSI) oraz grupa gruczolakoraków o wysokim stopniu zaawansowania (WSZ - CSII, CSIII i CSIV). W wyniku analizy zbiorczej, spośród 44 mRNA wyznaczonych metodą mikromacierzy oligonukleotydowych, kodujących metaloproteinazy macierzy zewnątrzkomórkowej, wytypowano 2 geny kodujące MMP, których zmiany stężeń mRNA mogą służyć do różnicowania tkanki kontrolnej z gruczolakorakiem. Są to geny kodujące MMP-9 i MMP-28. W przypadku MMP-9 poziom mRNA rośnie w gruczolakoraku w porównaniu do kontroli, zaś w przypadku MMP-28 poziom mRNA w gruczolakoraku ulega redukcji.

Wnioski: Zmiana profilu stężeń mRNA MMP9 może stanowić marker uzupełniający w diagnostyce gruczolakoraka jelita grubego. Wzrost stężenia mRNA MMP9 i zmniejszenie stężenia MMP28 w wycinkach jelita grubego, może stanowić potwierdzenie istnienia zmiany nowotworowej, natomiast nie może wskazywać stopnia zaawansowania gruczolakoraka jelita grubego.

PROOKSYDACYJNY MECHANIZM DZIAŁANIA KWASU NADOCTOWEGO W MODELU KOMÓRKOWYM OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI.

D. Lubowiecka¹, M. Górską¹, Z. Śledziński¹, M. Woźniak¹

1 - Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Kamica żółciowa oraz alkohol stanowią główne czynniki wywołujące ostre zapalenie trzustki. Modele eksperymentalne oraz obserwacje kliniczne potwierdziły, iż etanol wywołując stres oksydacyjny w trzustce, indukuje OZT. Wpływ reaktywnych form tlenu w patogenezie tej choroby został już udowodniony, jednakże dokładny mechanizm procesu pozostaje nieznany.

Jedną z konsekwencji metabolizmu etanolu w komórkach pęcherzykowych trzustki jest wzrost stężenia nadtlenu wodoru, który w pozaustrojowej reakcji w połączeniu z kwasem octowym prowadzi do powstawania nadkwasu octowego - cząsteczki bardziej reaktywnej. Hipoteza, iż podobna reakcja zachodzić może również w komórkach pęcherzykowych trzustki pozwoliła nam na nowe spojrzenie na patogenezę OZT.

Cel pracy: Celem pracy jest wykazanie, iż nadkwas octowy poprzez selektywne utlenianie redoksy-aktywnej cysteiny w deacetylazie mitochondrialnej - sirtuinie 3 (SIRT3) powoduje zahamowanie jej aktywności, prowadząc tym samym do hiperacetylacji białek, m.in. Hsp60 oraz MnSOD, co prowadzi z kolei do generacji stresu oksydacyjnego leżącego u podłoża patogenezę OZT.

Metodyka

Badania prowadzone są na modelu komórkowym OZT – komórkach pęcherzykowych trzustki linii AR42J. Wykonywane są następujące eksperymenty: test MTT, analiza poziomu reaktywnych form tlenu na drodze cystometrii przepływowej, RT-PCR, Western blott, Immunofluorescencja, Analiza trójwymiarowej struktury mitochondriów z użyciem mikroskopu fluorescencyjnego.

Wyniki: Metodą immunoprecypitacji wykazano, iż zarówno białko MnSOD jak i Hsp60 ulega hiperacetylacji podczas interakcji z nadkwasem octowym, oraz kwasem octowym w połączeniu z nadtlakiem wodoru. Wyniki te dały powód do przypuszczeń, iż SIRT3 zostaje zahamowana poprzez działanie nadkwasu octowego, co w konsekwencji prowadzi do blokowania jej zdolności deacetylacji białek MnSOD i Hsp60. Metodą fluorescencyjną określony został także wpływ tych samych związków na zahamowanie aktywności SIRT3, gdzie również największy procentowy poziom inhibicji tego enzymu wykazał: nadkwas octowy i kwas octowy w połączeniu z nadtlakiem wodoru.

Wnioski: Otrzymane wyniki mogą sugerować oksydacyjny mechanizm hamowania SIRT3 przez nadkwas octowy. Z kolei dezaktywacja białka Hsp60 oraz MnSOD prowadzi do generacji stresu oksydacyjnego leżącego u podstaw patogenezę ostrego zapalenia trzustki.

SPLENECTOMIA Z ZASTOSOWANIEM URZĄDZENIA DO ODZYSKIWANIA KRWI Z POLA OPERACYJNEGO

A. Łachiński¹, D. Łaski¹, J. Kobiela¹, S. Hać¹, J. Głowacki¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej - Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Technika odzyskiwania krwi z pola operacyjnego, stosowana głównie w kardiochirurgii i chirurgii naczyniowej umożliwia zmniejszenie transfuzji allogenicznych. Dotychczas zastosowanie tej technologii w chirurgii ogólnej było znacznie ograniczone.

Opis przypadku:

U 59 letniej pacjentki z nasilonym nadciśnieniem wrotnym lewostronnym i czerwienicą prawdziwą, zakwalifikowanej do splenektomii z powodu znacznej splenomegalii, ze względu na znaczne ryzyko krwawienia śródoperacyjnego wdrożono użycie Cell Savera podczas splenektomii.

Dyskusja: Odzyskiwanie krwi z pola operacyjnego na gruncie chirurgii ogólnej wciąż jest mało rozpowszechnione. Z techniką tą związane jest wiele kontrowersji, a dyskusja nad między innymi wpływem Cell Savera na upośledzenie krzepnięcia, ryzyko rozsiewu krwiopochodnego u pacjentów nowotworowych i efektywność kosztów tej techniki wciąż trwa.

Podsumowanie: System odzyskiwania krwi z pola operacyjnego został zaprojektowany do bezpiecznego odzyskiwania krwinek czerwonych i rolę tę spełnia, a co za tym idzie gdy możliwe jest jego zastosowanie w wyselekcjonowanych przypadkach, w ramach chirurgii ogólnej, nie powinniśmy unikać tej techniki.

LAPAROSKOPOWA KOLEKTOMIA W LECZENIU NAWYKOWYCH ZAPARĆ. DOŚWIADCZENIA WŁASNE.

M. Łankiewicz¹, W. Nowobilski², M. Dobosz²

1 - Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o., Gdańsk

2 - Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o. o., Gdańsk

Zaparcia są częstym klinicznym problemem z wieloczynnikową etiologią. Leczenie operacyjne jest rozważane w przypadku ciężkich zaparć nawykowych, w których leczenie zachowawcze nie przynosi oczekiwanego efektu.

Cel pracy: Analiza wczesnych i odległych wyników leczenia operacyjnego chorych z nawykowymi zaparciami.

Metodyka: W latach 2009-2014 leczeniu operacyjnemu poddano 12 chorych z rozpoznaniem nawykowym zaparciem (10 kobiet, 2 mężczyzn, średni wiek 42,8 lat). Rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu, badania radiologicznego- pasażu przewodu pokarmowego oraz kolonoskopii. U wszystkich chorych wykonano laparoskopową kolektomię z ręcznym zespoleniem krętniczno-esiczym u 8 chorych i krętniczno-odbytniczym u 4 chorych.

Wyniki: Analiza objawów wykazała: częstość oddawania stolca rzadziej niż raz na tydzień (średnio raz na 10 dni), towarzyszące dolegliwości bólowe o charakterze kolki (50%), wzdęcia (33%), wymioty (25%) oraz utratę masy ciała (17%). Badanie endoskopowe nie wykazało patologii w obrębie jelita grubego. Badanie pasażowe u wszystkich chorych wykazało znaczące zwolnienie pasażu w obrębie jelita grubego, po 72 godzinach u wszystkich chorych baryt zalegał w poprzecznicy lub zagięciu śledzionowym. U 11 z 12 chorych radiologicznie rozpoznano dolichocolon/dolichosigmae z zalegającymi masami kałowymi w jelicie. Czas zabiegu wyniósł średnio 187,5 min, hospitalizacja trwała średnio 12,6 dni. Dwoje chorych wymagało reoperacji z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego (zrost oraz skręt jelita cienkiego), u 5 chorych obserwowano przejściowe zaburzenia pasażu jelitowego, które ustąpiły po okresie 6-8 dni. W badaniu odległym u 8 chorych (młode kobiety) obserwowano znakomitą poprawę w zakresie dolegliwości i częstości wypróżnień, u 2 chorych występowały okresowe bóle kolkowe brzucha z wypróżnieniami raz na 2-3 dni, u dwóch chorych (starsi mężczyźni) nadal utrzymuje się tendencja do zaparć z dolegliwościami bólowymi brzucha wymagającymi postępowania farmakologicznego.

Wnioski: Laparoskopowa kolektomia jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia ciężkich nawykowych zaparć spowodowanych zaburzeniami pasażu okrężnicy. Właściwa kwalifikacja chorych do zabiegu pozwala uzyskać zadowalające wyniki leczenia.

STRATEGY FOR TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS WITH ISOLATED WIRSUNG STRICTURE – COST-EFFECTIVE STUDY.

D. Łaski¹, I. Marek², S. Hać¹, J. Kostro¹, K. Adrych², Z. Śledziński²

1 - Department of General, Endocrine and Transplant Surgery, Medical University in Gdańsk, Gdańsk

2 - Department of Gastroenterology, Medical University in Gdańsk, Gdańsk

Chronic pancreatitis (CP) is an important problem for modern medicine, healthcare, and the national insurance system. Rising costs in health care are forcing the need for a more cost-effective methods of treatment.

Aim of the study: Set up a cost-effective, therapeutic algorithm for patients with an uncomplicated stricture of Wirsung's duct within the Polish health care system using different treatment methods.

Materials and methods: The study included 17 patients with chronic pancreatitis that have undergone pancreatic drainage operations in the Department of General, Endocrine, and Transplant Surgery at the Medical University of Gdańsk as well as 29 patients with chronic pancreatitis treated with endotherapy in the Department of Gastroenterology and Hepatology at the Medical University of Gdańsk. Hospital costs, medication refunds, and medical procedure refunds (NFZ) costs were calculated retrospectively to determine actual costs of patient treatment. National insurance system expenses were also included. The number and severity of treatment complications was checked. Quality of life was evaluated using the Izbicki score, SF36, EQ-5D-5L, and EQ-VAS questionnaires

Results: It was found that after 3 years of treatment, the group treated by endotherapy has a statistically significant higher expenses compared to the group that was treated surgically, with higher costs of hospitalization. The patients who underwent surgery generated more income for the hospital. Patients who underwent surgical drainage took fewer days off due to illness and inability to work. The EQ-VAS questionnaire analysis showed a higher satisfaction of health state after surgical treatment while the other quality of life questionnaires and the Izbicki pain score showed no differences.

Conclusion: In Poland, the hospital costs of endoscopic treatment of patients with chronic pancreatitis was observed to be higher than that of the surgical treatment group despite both resulting in a similar subjective quality of life. From a cost-effective perspective, patients with benign stricture of the main pancreatic duct in chronic pancreatitis should not be treated with endotherapy for longer than 12 months. Furthermore, it was shown that surgical intervention is a more cost-effective therapy than endotherapy.

LECZENIE OPERACYJNE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA. ANALIZA MATERIAŁU OPERACYJNEGO ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO NR 2 W RZESZOWIET. Mac¹, R. Podlasek¹

1 - Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego Nr 2, Rzeszów

Stały wzrost zapadalności na chorobę Leśniowskiego - Crohna, poprawa wykrywalności oraz większa świadomość chorych dotycząca istoty choroby sprawiły że liczba zabiegów operacyjnych w tej jednostce chorobowej stale wzrasta. Szacuje się, że około 60% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna w ciągu 10 lat choroby będzie wymagało leczenia operacyjnego, w znacznym odsetku wielokrotnie. Leczenie operacyjne powinno być brana pod uwagę na każdym etapie terapii choroby, szczególnie w razie braku efektów leczenia zachowawczego oraz wystąpienia powikłań.

Celem naszej pracy jest przedstawienie w opraciu o współczesne piśmiennictwo i materiał Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie zagadnień kwalifikacji do leczenia operacyjnego oraz metod interwencji chirurgicznej.

W okresie 5 lat od 2008-2013 w Oddziale naszym leczonych było operacyjnie 47 chorych z chorobą Leśniowskiego -Crohna. Chorzy ci stanowią przedmiot retrospektywnej analizy oceniającej wiek, przyczynę operacji, rodzaj wykonanego zabiegu, powikłania okołoperacyjne, leczenie farmakologiczne oraz czas pobytu. Chorych podzielono na dwie grupy. Grupa pierwsza - chorzy operowani doraźnie i grupa druga chorzy operowani planowo.

Wnioski: Ilość chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna, którzy są poddawani leczeniu operacyjnemu stale wzrasta. Zdecydowanie największą grupą pacjentów operowanych doraźnie lub planowo pozostają chorzy do 40 roku życia. Najczęstsza lokalizacja zmian poddawanych leczeniu operacyjnemu to okolica kętniczo-kątnicza. Najczęściej wykonywanym typem operacji była prawostronna hemikolektomia. Laparoscopia a szczególnie laparoskopowa prawostronna hemokolektomia będzie w przyszłości zabiegiem dominującym w planowej chirurgii choroby Leśniowskiego-Crohna. O skuteczności leczenia decyduje doświadczenie ośrodka i współpraca z Oddziałem Gastroenterologii.

OPERACJE JEDNOPORTOWE W CHIRURGII DZIECIĘCEJ

P. Mańkowski¹, J. Noskiewicz¹, P. Sosnowska¹, O. Pietkiewicz¹, S. Moryciński¹, P. Lebioda¹, M. Sawicki¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej UM w Poznaniu, Poznań

Ciągły rozwój metod zabiegowych, również w chirurgii dziecięcej, prowadzi do minimalizacji urazu okołoperacyjnego. Przykładem takiej metody jest laparoscopia jednoportowa.

Cel pracy: Ocena przebiegu leczenia, jego skuteczności oraz efektów końcowych z uwzględnieniem efektu kosmetycznego w przypadku cholecystektomii wykonanej metodą laparoskopii jednoportowej u dzieci leczonych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego w Klinice Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Metodyka: Analizie poddano przebieg hospitalizacji (diagnostyka, leczenie operacyjne oraz okres pooperacyjny) 6 pacjentów leczonych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego przy wykorzystaniu metody laparoskopii jednoportowej. W ocenie uwzględniono: długość oraz przebieg zabiegu, wystąpienie powikłań, czas hospitalizacji, konieczność stosowania środków przeciwbólowych, efekt kosmetyczny oraz zadowolenie pacjentów. Analizowane dane oceniono przy zastosowaniu metod statystyki opisowej.

Wyniki: 6 pacjentek operowano w Klinice Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z powodu kamicy pęcherzykowej przy użyciu metody laparoskopii jednoportowej. W trakcie zabiegu wprowadzano port przez nacięcie powłok skórnych brzucha wykonane w obrębie pępka. Dobry dostęp do miejsca operowanego uzyskiwano poprzez założenie szwu, przy użyciu igły prostej, podwieszając pęcherzyk do powłok jamy brzusznej. Następnie wykonywano cholecystektomię usuwając pęcherzyk przez umieszczony w pępku port. Cięcie w obrębie powłok zaopatrzano szwem wchłanialnym. Średni czas zabiegu był porównywalny do czasu tradycyjnej cholecystektomii laparoskopowej. W żadnym z analizowanych przypadków nie obserwowano powikłań wczesnych ani późnych. Średni czas pobytu w szpitalu po zabiegu wyniósł 2 dni. Uzyskany efekt kosmetyczny w każdym przypadku oceniony został przez pacjentki oraz ich rodziców jako bardzo dobry.

Wnioski: Laparoscopia jednoportowa jest skuteczną metodą operacyjną możliwą do zastosowania w przypadku cholecystektomii wykonywanej u dzieci. Wykorzystanie tej metody pozwala uzyskać krótszy czas hospitalizacji, zmniejsza konieczność podawania środków przeciwbólowych oraz prowadzi do uzyskania lepszego efektu kosmetycznego niż zabieg wykonany metodą laparoskopową z dojścia wieloportowego. Wykorzystanie metody laparoskopii jednoportowej u dzieci wymaga dalszych badań.

STĘŻENIE INTERLEUKINY-6 W MOCZU U PACJENTÓW ZE ZDIAGNOZOWANYM RAKIEM JELITA GRUBEGO

M. Matysiewicz¹, K. Wroński², J. Snarska³, E. Kostyra¹

1 - Zespół Biochemii Medycznej – Badań Peptydów i Białek, Wydział Biologii i Biotechnologii, Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn,

2 - Katedra Onkologii Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego,, Olsztyn,

3 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn

Interleukina-6 (IL-6) należy do cytokin prozapalnych, które biorą udział w licznych procesach fizjologicznych. Wytwarzana jest w organizmie głównie przez pobudzone monocyty, fibroblasty i komórki śródbłonka. Jest jednym z czynników biorących udział w procesie obronnych organizmu. Wiele badań sugeruje, że IL-6 produkowana przez komórki nowotworowe działa jak czynnik wzrostu. W surowicy pacjentów z zdiagnozowanym rakiem jelita grubego stwierdzono podwyższony poziom IL-6.

Cel: Celem podjętych badań było określenie stężenia interleukiny-6 w moczu pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem jelita grubego (C18-21). W dostępnej literaturze nie stwierdzono informacji dotyczącej oznaczania IL-6 w innych płynach ustrojowych niż surowica.

Materiał i Metody: W badaniu wzięło udział 38 pacjentów z zdiagnozowanym rakiem jelita grubego (C18-21). Pacjenci nie posiadali objawów choroby zapalnej, wcześniej nie byli leczeni opioidowymi środkami przeciwbólowymi oraz nie byli poddani radio- i chemioterapii. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody pacjentów oraz w oparciu o zgodę Komisji Bioetycznej. Próbkę moczu wirowano w celu usunięcia osadów. Poziom interleukiny-6 oznaczono za pomocą komercyjnych zestawów ELISA. Analizę statystyczną przeprowadzono stosując rozkład t-studenta oraz testy ANOVA.

Wyniki: Średnie stężenie IL-6 w moczu u pacjentów z rakiem jelita grubego wyniosło 38.11 ± 1.97 pg/ml. Zauważono, że stężenie IL-6 wzrasta wprost proporcjonalnie do stadium zaawansowania guza. Istotnie statystycznie okazały się różnice pomiędzy stadium I i III ($p=0,0036$) oraz I i IV ($p=0,0066$). Różnice w zawartości cytokiny zaobserwowano także pomiędzy wielkością guza pT2 a pT3 ($p<0.0001$). Nie oznaczono natomiast istotnych różnic w zawartości w moczu IL-6 w kontekście przerzutów do węzłów chłonnych (pN) oraz przerzutów odległych (pM). Skorelowano także wyniki zawartości interleukiny z grupą krwi (ABO) oraz czynnikiem Rh (Rh+/-). W pierwszym przypadku nie zauważono istotnych różnic. Natomiast u pacjentów z ujemnym czynnikiem (Rh-) stwierdzieniem wyższe stężenie IL-6 w moczu niż u pacjentów z Rh+ ($p=0,0095$).

Wnioski: Uzyskane wyniki sugerują, że poziom sekrecji IL-6 do moczu u pacjentów z rakiem jelita grubego może okazać się przydatną informacją w diagnozowaniu raka jelita grubego. Ciekawe są także zależności pomiędzy stężeniem IL-6 a czynnikiem Rh-. Informacja ta może posłużyć do wstępnej diagnostyki. Jednak ze względu na charakter oraz istotność badań wymagane są dalsze badania laboratoryjne.

NASZYCIE WIĘZADŁA OBŁĘGO WĄTROBY PO ZABIEGACH RESEKCYJNYCH TRZUSTKI JAKO METODA ZMNIJSZAJĄCA NASILENIE I POPRAWIAJĄCA GOJENIE POOPERACYJNEJ PRZETOKI TRZUSTKOWEJ.

K. Mech¹, Ł. Wysocki¹, M. Wroński¹, G. Lech¹, M. Słodkowski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Najpoważniejszym powikłaniem po zabiegach resekcyjnych trzustki wciąż pozostaje pooperacyjna przetoka trzustkowa, której częstość występowania waha się od 10 % do 30 % w zależności od wykonywanego zabiegu chirurgicznego. W praktyce klinicznej wykorzystuje się różne metody w zapobieganiu powstawania przetoki trzustkowej, żadna jednak nie jest w pełni skuteczna. W ostatnim czasie podnosi się rolę naszywania więzadła obłego wątroby na trzustkę jako obiecującego sposobu postępowania zmniejszającego stopień nasilenia i skracającego czas do wygojenia pooperacyjnej przetoki trzustkowej.

Celem badania była ocena wpływu naszywania łąty z więzadła obłego na kikut trzustki lub okolice zespolenia trzustkowego na stopień nasilenia i gojenie się przetoki trzustkowej po zabiegach resekcyjnych trzustki.

Materiał i metodyka: Badaniem retrospektywnym objęto chorych operowanych z powodu guzów trzustki o etiologii nowotworowej lub zapalnej w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM. Przetokę trzustkową rozpoznawano zgodnie z definicją opracowaną przez ISGPS jako drenaż dowolnej objętości płynu z jamy brzusznej, w którym od trzeciego dnia po zabiegu aktywność amylazy jest 3-krotnie większa niż w surowicy.

Wyniki: Operowano 7 chorych ze średnią wieku 64 lata z guzami trzustki o różnej lokalizacji. 5 chorych było poddanych obwodowej resekcji trzustki, 1 chory pankreatoduodenektomii oraz u 1 wykonano miejscowe wyluszczenie guza. Więzadło obłe naszywano na kikut trzustki, na okolice zespolenia trzustkowo-jelitowego lub na miejsce po wyluszczeniu miejscowym guza. Przetoka trzustkowa rozwinęła się u 6 chorych, w tym przetoka trzustkowa w stopniu A u 2 chorych, przetoka w stopniu B u 4 chorych, przetoki w stopniu C nie zaobserwowano. Pozostałe powikłania w postaci: ropni wewnątrzbrzusznych oraz wstrząsu septycznego wystąpiły u jednego chorego. Krwawienie w przebiegu pooperacyjnym nie wystąpiło u żadnego chorego. Żaden chory nie wymagał reoperacji i nie odnotowano zgonów. Średni czas hospitalizacji wyniósł 26,57 dnia.

Wnioski: Naszywanie więzadła obłego wątroby na kikut trzustki wiązało się z brakiem powstawania przetoki trzustkowej w stopniu C. Najczęściej rozwijała się przetoka trzustkowa w stopniu B. Chorzy nie wymagali powtórnego leczenia operacyjnego, a jedynie kontynuacji leczenia zachowawczego w trybie ambulatoryjnym. Kolejne badania są konieczne celem oceny skuteczności łąty z więzadła obłego na powstawanie i leczenie pooperacyjnej przetoki trzustkowej.

BIAŁKO C-REAKTYWNE I ILORAZ LIMFOCYTÓW DO NEUTROFILI W DIAGNOSTYCE NIESZCZELNOŚCI ZESPOLENIA W CHIRURGII RAKA JELITA GRUBEGO

M. Mik¹, Ł. Dziki¹, M. Berut², R. Trzcíński¹, A. Dziki¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

2 – Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach

Cel: Ocena wartości prognostycznej białka C-reaktywnego (CRP) oraz ilorazu limfocytów do neutrofilii we krwi obwodowej (NLR) w diagnostyce nieszczelności zespolenia (NZ) u chorych pooperacjach wykonanych z powodu raka jelita grubego.

Metody: Do badania włączono pacjentów operowanych planowo z powodu raka jelita grubego (RJG) pomiędzy 2010 a 2014 rokiem. Przeanalizowano czynniki kliniczne związane z większym ryzykiem wystąpienia NZ, a także czułość i swoistość CRP i NLR mierzonych w 4 dobie pooperacyjnej (4 DPO) w wykrywaniu NZ i ocenie ryzyka śmiertelności okołoperacyjnej.

Wyniki: Przeanalizowano grupę 724 pacjentów, NZ stwierdzono u 33 chorych (4,6%). Przedoperacyjne czynniki kliniczne takie jak BMI <30 i ASA I, II st. zmniejszyły ryzyko NZ; OR 0,43 [95% CI, 0.19-0.92], p = 0,032; i OR 0,41 [95% CI, 0.18-0.92], p = 0,031. Średnie stężenia CRP oceniane w 4 DPO były znacznie wyższe u chorych, u których doszło do NZ: 211 ± 51 mg/l vs 118 ± 38 mg/l; p = 0,018. Średnie stężenie CRP w 4 DPO było również wyższe u chorych, którzy zmarli w okresie pooperacyjnym: 239 ± 24 mg / l vs 149 ± 41 mg / l; p = 0,002. Dokładność predykcyjna CRP w ocenie NZ przy użyciu krzywej ROC i analizy za pomocą AUC wyniosła 0,83; optymalna wartość odcięcia wyniosła 180 mg/L przy czułości 75% i swoistości 91%. NLR mierzony w 4 DPO był wyższy w grupie chorych z NZ: 9,03 ± 4,13 vs. 4,45 ± 2,25; p = 0,0012. Analiza AUC wykazała czułość na poziomie 69% i swoistość 78%, przy punkcie odcięcia równym 6,5; przy czym najwyższą czułość stwierdzono, gdy guz był zlokalizowany w lewej części okrężnicy i u młodszych pacjentów <40 r.ż. (72%). NLR był także wyższy u pacjentów, którzy zmarli w okresie pooperacyjnym: 10,71 ± 2,08 vs. 8,65 ± 4,67; p = 0,029.

Wnioski: CRP i NLR oceniane w 4 DPO mogą być używane jako dostępne i proste narzędzia prognostyczne pooperacyjnej śmiertelności i podwyższonego ryzyka nieszczelności zespolenia w chirurgii raka jelita grubego.

POLIMORFIZM GLY322ASP GENU MSH2 I -93A>G GENU MLH1 W SPORADYCZNYM RAKU JELITA GRUBEGO.

M. Mik¹, K. Malinowska², L. Dziki¹, A. Dziki¹, I. Majsterek²

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

2 - Zakład Chemii i Biochemii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Cel: Celem pracy było określenie wpływu polimorfizmów pojedynczego nukleotydu (SNP) -93A>G genu MLH1 (rs1800734) i Gly322Asp genu MSH2 (rs4987188) na ryzyko raka jelita grubego a także analiza różnic w polimorfizmach u pacjentów według różnych czynników klinicznych i patologicznych.

Metody: Do badania włączono grupę 144 pacjentów z potwierdzonym sporadycznym rakiem jelita grubego (71 mężczyzn; średnia wieku $61,7 \pm 11$) i 151 osób grupy kontrolnej bez żadnych potwierdzonych nowotworów (74 mężczyzn; średnia wieku 63 ± 11). DNA ekstrahowano z limfocytów krwi obwodowej, genotypy oznaczono metodą reakcji łańcuchowej polimerazy-polimorfizm długości fragmentów restrykcyjnych (PCR-RFLP).

Wyniki: W badanej populacji wystąpienie homozygoty G/G polimorfizmu -93A>G genu MLH1 zwiększało ryzyko wystąpienia raka jelita grubego (OR 2,07; 95% CI 1.11-3.83; $p < 0,02$). Heterozygoty A/G i homozygoty A/A polimorfizmu -93A>G genu MLH1 występowały istotnie częściej u kobiet ($p = 0,034$). Analizując ten polimorfizm znaleźliśmy również istotne różnice w rozkładzie alleli w zależności od lokalizacji guza w okrężnicy ($p = 0,014$) oraz u chorych ze wznową nowotworu ($p = 0,022$). W polimorfizmie Gly322Asp genu MSH2 stwierdziliśmy istotne różnice w rozkładzie genotypów porównując chorych z rakiem pierwotnym i wznową choroby ($p = 0,001$).

Wnioski: Polimorfizm -93A>G genu MLH1 może odgrywać ważną rolę w ocenie ryzyka wystąpienia sporadycznego raka jelita grubego. Może on być również stosowany jako wskaźnik choroby w niektórych grupach pacjentów, szczególnie z lewostronną lokalizacją guza okrężnicy i wznową raka. Polimorfizm Gly322Asp genu MSH2 może być także użyty jako prawdopodobny marker u pacjentów z wysokim ryzykiem nawrotu choroby.

ZBIORNIKI JELITOWE U DZIECI W MATERIALE WŁASNYM

J. Noskiewicz¹, S. Moryciński¹, P. Sosnowska¹, O. Pietkiewicz¹, P. Lebioda¹, M. Sawicki¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej UM w Poznaniu, Poznań

Wytworzenie zbiornika wykonuje się po zabiegu pankolektomii w wielu jednostkach chorobowych. W zależności od kształtu wewnętrznego zbiornika wyróżnia się typy w formie litery J, S, H lub W. Na przestrzeni lat zmieniło się podejście i zwiększyła częstość wytwarzania zbiorników jelitowych u dzieci.

Cel: Celem pracy było przedstawienie modyfikacji metody wytwarzania zbiornika jelitowego oraz retrospektywna analiza wyników leczenia dzieci u których utworzono zbiornik.

Metodyka: Retrospektywna analiza historii chorób pacjentów operowanych od 2004 do 2014 roku. Z wytworzeniem zbiornika typu J operowano 1 dziewczynkę i 9 chłopców. Analizowano następujące parametry: wiek operacji radykalnej, ilość etapów leczenia operacyjnego, wskazania do pankolektomii, długość hospitalizacji po zabiegu radyklanym, powikłania pooperacyjne, czas od operacji radyklanej do momentu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego oraz pooperacyjna liczba wypróżnień.

Wyniki: Wiek pacjentów operowanych radyklanie wynosił od 9 do 17 lat. 9 dzieci leczono 2-etapowo, 1 chłopca 3-etapowo. U 7 dzieci wskazaniem do pankolektomii było wrzodziejące zapalenie jelita grubego, u 2 polipowatość rodzinna jelita grubego, u 1 choroba Leśniowskiego- Crohna. Osłonową przetokę wyłoniono u 9 dzieci na wysokości 30-50 cm od miejsca zespolenia. Długość hospitalizacji wynosiła od 7 do 30 dni. U 1 pacjenta obserwowano powikłany przebieg pooperacyjny. Ciągłość przewodu pokarmowego odtwarzano w okresie od 3 do 5 miesięcy.

Wnioski: Operacja z wytworzeniem zbiornika jelitowego u dzieci jest jedną ze stosowanych i skutecznych metod leczenia operacyjnego u dzieci. Każdy pacjent powinien być indywidualnie kwalifikowany do zabiegu przez doświadczony zespół składający się z chirurga dziecięcego i pediatrię-gastroenterologa. Zbiorniki jelitowe pozwalają na odtworzenie fizjologicznej funkcji odbytnicy w przypadku dzieci poddanych zabiegowi pankolektomii. W przypadku dzieci ze zbiornikami jelitowymi nie obserwuje się objawów nietrzymania stolca. Komfort życia oceniany jest przez samych pacjentów jako wysoki. Analizowany problem wymaga dalszych badań z udziałem szerszej grupy pacjentów, których czas obserwacji klinicznej będzie dłuższy.

ZMIANY W CHIRURGII TRZUSTKI NA PRZYKŁADZIE ROZWOJU POJEDYNCZEGO WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO OŚRODKA

M. Nowak-Niezgoda¹, M. Durlik¹

1 - Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW, Warszawa

Kompleksowe i efektywne leczenie pacjentów z chorobami trzustki wymaga centralizacji ośrodków zajmujących się tymi schorzeniami. Wysokospecjalistyczne ośrodki osiągają lepsze wyniki oraz mniejszą śmiertelność pacjentów prowadzonych przez nie długoterminowo.

Cel: Pokazanie procesu rozwoju pojedynczego wysokospecjalistycznego chirurgicznego ośrodka leczenia chorób trzustki.

Metodyka: Opierając się na bazie danych zawierającej zabiegi operacyjne przeprowadzone na pacjentach z chorobami (zwłaszcza guzami) trzustki w wysokospecjalistycznym ośrodku, podsumowano kierunki rozwoju chirurgii trzustki, profil wykonywanych zabiegów oraz wyniki leczenia. Lata objęte badaniem podzielono na dwa okresy: I – 2001-2009 i II – 2010-2014

Wyniki: Pomiędzy 2001 a 2014 rokiem liczba operacji zwiększyła się pięćdziesięciokrotnie (z 5 do 287 zabiegów rocznie). W pierwszym okresie przeprowadzano średnio 25,7 operacji, podczas gdy w drugim 186,4 operacji trzustki rocznie ($p < 0,05$). Rozwój techniki chirurgicznej obserwowano głównie w zmniejszeniu liczby pacjentów dyskwalifikowanych od zabiegu operacyjnego ($>5\%$ bez przerzutów w badaniach obrazowych vs 20%) oraz poszerzeniu zakresu operacji o resekcję żyły wrotnej (od 2010 roku) w miejscowo zaawansowanych guzach wykorzystując protezę Gore-Tex bądź lewą żyłę nerkową pacjenta. W pierwszych latach: 2010-2012 po wprowadzeniu ilość zabiegów wykorzystujących tę technikę wynosiła 2% , w latach 2013-2014 – 6% ($p < 0,05$). Bardziej agresywne procedury nie miały odbicia w zwiększeniu ilości poważnych powikłań pooperacyjnych, takich jak okołoperacyjne zgony – $16,43$ vs $11,88$ ($p = 0,324$) i re-laparotomie: $16,4$ vs $7,86$ ($p = 0,0642$). Od 2006 roku szeroko wykorzystywane są również techniki małoinwazyjne, w tym dystalna laparoskopowa resekcja trzustki, która jest standardem w niewielkich guzach trzonu i ogona trzustki.

WNIOSKI: Rozwój ośrodka w chirurgii trzustki zauważalny jest nie tylko w liczbie procedur wykonywanych rocznie oraz w użyciu zaawansowanego technicznie sprzętu, ale również w zabiegach oferowanych pacjentom z miejscowo zaawansowanymi guzami trzustki. Większe doświadczenie zespołu wiedzie do płynnego przeprowadzenia chorego przez proces leczenia.

NISKO POŁOŻONY RAK ODBYTNICY – JAKIE CZYNNIKI POZA ODLEGŁOŚCIĄ GUZA OD BRZEGU ODBYTU MOGĄ DECYDOWAĆ O WYKONANIU RESEKCJI PRZEDNIEJ ZAMIAST AMPUTACJI BRZUSZNO-KRZYŻOWEJ?

J. Olędzki¹, A. Rutkowski², K. Bujko³, M. Słodkowski¹, B. Dąbrowski¹, I. Nawrot⁴

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie,, Warszawa

2 - Klinika Gastroenterologii Onkologicznej Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,, Warszawa

3 - Zakład Teleradioterapii Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie,, Warszawa

4 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, Warszawa

Najważniejszym czynnikiem decydującym o możliwości wykonania operacji oszczędzającej zwieracze (OOZ) u chorych na raka odbytnicy jest odległość pomiędzy dolną granicą guza nowotworowego, a brzegiem odbytu. Największe różnice w odsetkach wykonanych amputacji brzuszno-krzyżowych (ABK) i resekcji przedniej występują przy położeniu dolnej granicy guza pomiędzy 4 a 5 cm od brzegu odbytu ($p=0,005$).

Celem pracy była próba identyfikacji czynników decydujących o wykonaniu resekcji przedniej zamiast amputacji brzuszno-krzyżowej w określonym przedziale odległości dolnej granicy guza od brzegu odbytu z oceną wyników odległych, odsetka wznów miejscowych, przeżyć wolnych od nawrotu choroby nowotworowej i całkowitych przeżyć 5-cio letnich w obu grupach chorych.

Materiał: Retrospektywna analiza 158 chorych na raka odbytnicy położonego w odległości 4 – 5 cm od brzegu odbytu. Wszyscy chorzy operowani byli w jednym ośrodku, przez stały zespół chirurgów specjalizujących się w leczeniu raka jelita grubego.

Wyniki: Odsetek RP wyniósł 53,8%, zaś ABK – 46,2%. Analiza porównawcza obu grup: resekcja przednia ($n= 85$) w porównaniu z amputacją brzuszno-krzyżową ($n= 73$) nie wykazała różnic w takich parametrach, jak: płeć, wiek, choroby współwystępujące, radioterapia przedoperacyjna. W grupie chorych u których wykonano resekcję przednią stwierdzono większy odsetek przypadków w I stopniu zaawansowania wg TNM: 36,5% w porównaniu z 17,8% po amputacji brzuszno-krzyżowej ($p= 0,058$). Szansa na wykonanie resekcji przedniej u chorych w I stopniu zaawansowania wynosiła 70,5% ($p= 0,027$). Odsetek wykonanych resekcji przednich przez poszczególnych chirurgów wahał się od 29% do 82%, ale różnice te nie były istotne statystycznie. Porównanie wyników odległych w obu grupach chorych nie wykazało istotnych statystycznie różnic pod kątem odsetka wznów miejscowych, przeżyć wolnych od nawrotu choroby nowotworowej jak i przeżyć 5-cio letnich.

Wnioski: Na możliwość wykonania resekcji przedniej u chorych na nisko położonego raka odbytnicy, poza odległością pomiędzy dolną granicą guza a brzegiem odbytu wpływa zaawansowanie choroby nowotworowej. Chorzy we wczesnym stopniu zaawansowania choroby, mają około 70% szanse na operację z zachowaniem zwieraczy nawet wówczas, gdy dolna granica guza nowotworowego znajduje się w odległości 4 – 5 cm od brzegu odbytu.

„ABDOMINAL COCOON” – IDIOPATYCZNE STWARDNIAJĄCE OTORBIAJĄCE ZAPALENIE OTRZEWNEJ

H. Palacz¹, J. Kabat¹, K. Buczkowski¹, W. Drozd², B. Kabat¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Zakonu Bonifratrów, Katowice

2 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Zakonu Bonifratrów, Katowice

Autorzy przedstawiają przypadek 66-letniego pacjenta operowanego z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego. Śródoperacyjnie stwierdzono, iż całe jelito cienkie pokryte jest grubą włóknistą błoną spajającą ze sobą wszystkie pętle jelita cienkiego od więzadła Treitza do kątnicy. Błone udało się odpreparować i usunąć nie uszkadzając ściany jelita. Wynik posiewu usuniętej błony był ujemny. Wynik badania histopatologicznego wykazał obecność złogów włókniaka i ziarniny zapalnej. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjent został wypisany do domu w 10 dobie po zabiegu bez dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Rozpoznanie zostało postawione dzięki dostępnym w internecie opisom podobnych przypadków ilustrowanych zdjęciami.

POOPERACYJNE WODOBRZUSZE JAKO ODCZYN NA PŁUKANIE JAMY OTRZEWNEJ ROZTWOREM OCTENISEPTU

H. Palacz¹, J. Kabat¹, M. Żuchowicz-Gil¹, K. Buczkowski¹, M. Musiewicz¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Zakonu Bonifratrów, Katowice

Przedstawiamy przypadek 48-letniej kobiety, u której wystąpiło rzadkie powikłanie po zastosowaniu roztworu octeniseptu do śródoperacyjnego płukania jamy otrzewnej. Pacjentka została przyjęta na Oddział Chirurgii Ogólnej i operowana doraźnie z powodu perforacji wrzodu odźwiernika. Po zeszczeniu perforacji jamę otrzewnej wypłukano solą fizjologiczną z octeniseptem w proporcji 4:1. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany i pacjentka została wypisana do domu w 6 dobie po zabiegu. W 14 dobie po zabiegu pacjentka została ponownie przyjęta na oddział z powodu masywnego wodobrzusza. Badania obrazowe nie wykazały ewidentnej przyczyny wodobrzusza. U pacjentki zastosowano leczenie zachowawcze i punkcje odbarczające. Wynik posiewu płynu puchlinowego był ujemny. Po 2 tygodniach leczenia wodobrzusze ustąpiło. W oparciu o pojedyncze opisy podobnych przypadków uznaliśmy, iż przyczyną wodobrzusza u naszej pacjentki był rzadko spotykany odczyn na zastosowany do płukania jamy otrzewnej octenisept.

LECZENIE CHIRURGICZNE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

I. Paszkiewicz¹, I. Zając-Lenczewska¹, M. Dobosz¹

1 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia Copernicus, Gdańsk

Choroba Crohna jest przewlekłym nieswoistym procesem zapalnym dotyczącym każdego odcinka przewodu pokarmowego. Charakteryzuje się wieloletnim przebiegiem nawracających odcinkowych zapaleń, obejmujących pełną grubość ściany jelita z tendencją do tworzenia ropni i przetok.

Celem pracy jest retrospektywna analiza postępowania chirurgicznego u chorych operowanych z powodu choroby Crohna w latach 2007-31.12.2014.

Materiał i metody: przeanalizowano dokumentację medyczną 63 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale.

Wyniki: przeważali chorzy ze zmianami zlokalizowanymi w okolicy krętniczno-kątnicznej – 46. U 15 chorych proces chorobowy obejmował lewą połowę okrężnicy oraz odbytnicę. U chorych ze zmianami zlokalizowanymi w okolicy krętniczno-kątnicznej wykonywano resekcję zmienionego zapalnie odcinka jelita cienkiego i kątnicy z pierwotnym zespoleniem jelita krętego z wstępnicą w granicach makroskopowo zdrowych tkanek. U 4 pacjentów dokonano odcinkowej resekcji jelita cienkiego z jednoczesową strikturoplastyką. U chorych operowanych z powodu zmian w jelicie grubym wykonano: hemikolektomię lewostronną (1), hemikolektomię lewostronną z resekcją esicy i górnej odbytnicy (1), kolektomię z zespoleniem krętniczno-esicznym (3), resekcję esicy (2), resekcję odbytnicy (1), amputację odbytnicy (1). Z powodu zmian w lokalizacji krętniczno-kątnicznej wykonano łącznie 16 hemikolektomii prawostronnych oraz 30 resekcji kątnicy i jelita terminalnego. U 2 pacjentów wyłoniono sigmoidostomię z powodu zwężeń na tle guzów zapalnych odcinka esiczo-odbytniczego. U 4 pacjentów wykonano rekonstrukcję przewodu pokarmowego zamykając przetoki jelitowe po uprzednich zabiegach. U chorych z zajęciem dwunastnicy wykonano omijające zespolenia żołądkowo-jelitowe. W przebiegu pooperacyjnym zanotowano następujące powikłania: krwawienie oraz zakażenie miejsca operowanego pod postacią infekcji ran pooperacyjnych. W ciągu kilkuletniej obserwacji u 1 pacjenta rozpoznano nawrót choroby w miejscu zespolenia po pierwotnej resekcji krętniczno-kątnicznej. U 1 pacjenta, rok po przebytej kolektomii, zanotowano zgon z powodu powikłań związanych z uogólnieniem choroby nowotworowej na tle raka gruczołowego esicy.

Wnioski: Leczenie chirurgiczne jest skutecznym elementem multidyscyplinarnej terapii choroby Crohna.

GIST-Y W MATERIALE KLINIKI CHIRURGII 4 WSK W LATACH 2010-2015

J. Pawełczyk¹, D. Zielińska¹, L. Pawłowski¹, T. Dorobisz¹, D. Janczak²

1 - Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, WROCŁAW

2 - Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu -Zakład Specjalności Zabiegowych, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny., WROCŁAW

GIST (gastrointestinal stromal tumors)- guzy podścieliskowe przewodu pokarmowego, dotyczące różnych części przewodu pokarmowego. Stanowią 1-3% wszystkich nowotworów przewodu pokarmowego. Charakteryzuje je głównie różny stopień złośliwości miejscowej oraz duża zmienność w przebiegu klinicznym.

Cel pracy: Przedstawienie charakterystyki przypadków GISTów w materiale własnym Kliniki.

Metodyka: Badaniem objęto 18 przypadków 7 kobiet i 11 mężczyzn w przedziale wiekowym 36-84 lata. Zmiany umiejscowione były : 13- żołądek, 1 -jelito cienkie,2-krezka jelita, 1-odbytnica, 1-przestrzeń zaotrzewnowa .Rozpiętość wielkości guzów od 1,5 do 25 cm średnicy. 50 % przypadków GISTa u badanych pacjentów zdiagnozowana była przypadkowo (operacja niedrożności przewodu pokarmowego, krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, współistnienie innych nowotworów, badania obrazowe z innych powodów).Druga połowa miała niespecyficzne objawy w postaci bólów brzucha, dyskomfortu w jamie brzusznej, spadku masy ciała. Diagnostyka tych dolegliwości doprowadziła do rozpoznania GISTa

Wyniki: W badanej grupie przypadków stwierdzono jeden zgon, który uwarunkowany był podeszłym wiekiem oraz rozsianym procesem nowotworowym. W obserwanej grupie osób (obserwacja od 6 m-cy do 5 lat) nie stwierdzono wznowy. Zakres wykonywanych zabiegów był uzależniony od miejsca i wielkości guza.

Wnioski: GIST jest nowotworem, który może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego. Cechuje go brak specyficznych objawów wzrost. Charakterystyczny wzrost na zewnątrz od światła przewodu pokarmowego. W badanej grupie najczęstszą lokalizacją był żołądek. Zakres operacji uwarunkowany był wielkością guza. W badanej grupie 50%rozpoznań postawiono przypadkowo (rutynowe badania endoskopowe, badania obrazowe, zabiegi w trybie pilnym, diagnostyka innych nowotworów).

ZAPALENIE KIKUTA WYROSTKA ROBACZKOWEGOW. Pawłowski¹, T. Guzel¹, S. Alseifi¹, M. Wroński¹, G. Lech¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Autorzy przedstawiają 2 chorych u których doszło do zapalenia kikuta wyrostkowego w odległym czasie po pierwotnej appendektomii. 17-letni mężczyzna był reoperowany w 6 miesięcy po laparoskopowym wycięciu wyrostka robaczkowego, zaś 72-letnia kobieta – 54 lata po operacji klasycznej. Wskazaniem do operacji było stwierdzenie klasycznych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego z potwierdzeniem w badaniu usg obecności zmienionego zapalnie kikuta wyrostka robaczkowego u mężczyzny i nacieku zapalnego w ścianie kątnicy u kobiety. U obu chorych wykonano wycięcie kikuta wyrostka robaczkowego przez laparotomię. Przebieg pooperacyjny u kobiety był powikłany ropieniem rany.

Zapalenie kikuta wyrostka robaczkowego jest rzadkim powikłaniem po appendektomii, zaś badanie usg lub tomografii komputerowej są pomocne w ustaleniu rozpoznania przed operacją

WPROWADZENIE PROTOKOŁU ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) DO PRAKTYKI KLINICZNEJ – JAKOŚĆ REALIZACJI PROTOKOŁU WPŁYWA NA WYNIKI LECZENIA: JEDNOOŚRODKOWE BADANIE KOHORTOWE.

M. Pędziwiatr¹, M. Kisialewski¹, M. Wierdak¹, M. Stanek¹, M. Natkaniec¹, M. Małłok¹, P. Major¹, P. Małczak¹, M. Pisarska¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Protokół ERAS pozwala na skrócenie czasu pobytu w szpitalu, przyspieszenie rekonwalescencji i obniżenie powikłań. Wyniki leczenia ściśle korelują ze stopniem jego realizacji. Mimo jasnych wytycznych oraz niezbitych dowodów na zasadność jego stosowania, pełne wprowadzenie protokołu napotyka na szereg trudności, zwłaszcza na wczesnym etapie.

Cel: Celem pracy było przedstawienie własnych doświadczeń z okresu wprowadzenia protokołu ERAS po operacjach kolorektalnych do codziennej praktyki klinicznej.

Metodyka: Analizowano grupę 92 (43K/49M) chorych operowanych z powodu raka jelita grubego, u których w latach 2013-2014 po raz pierwszy w naszym ośrodku zastosowano 16-elementowy protokół ERAS, który opracowano na podstawie wytycznych ERAS Society. Całą grupę podzielono na 3 podgrupy (po 30 kolejno operowanych chorych). Po 30 kolejnych zabiegach dokonywano analizy wyników oraz mierzono stopień realizacji założeń protokołu. Wyniki przedstawiano podczas spotkań szkoleniowych dla personelu. W analizie wyników uwzględniono stopień realizacji protokołu, jego wpływ na czas pobytu i odsetek powikłań w kolejnych podgrupach.

Wyniki: Średni stopień realizacji protokołu wynosił 65% w grupie 1, 83,9% w grupie 2 i 89,6% w grupie 3 ($p < 0,001$). Zaobserwowano także, że dynamika zmian w realizacji poszczególnych elementów protokołu jest różna i zależy od danego elementu. Wyodrębniono te, których realizacja była możliwa od początku oraz takie, których wprowadzenie napotkało na trudności. Mediana czasu hospitalizacji wynosiła 5, 5, i 3 dni w grupach 1,2,3 ($p < 0,001$). Odsetek powikłań zmniejszył się i wynosił odpowiednio 56,0%, 43,0% i 9,4% ($p < 0,001$). Zaobserwowano także odwrotną korelację pomiędzy stopniem realizacji protokołu a czasem pobytu w szpitalu w całej grupie.

Wnioski: Wprowadzanie protokołu ERAS do codziennej praktyki klinicznej jest procesem stopniowym, a osiągnięcie stopnia realizacji na poziomie 80% wymaga zastosowania go u przynajmniej 30 chorych oraz okresu około 6 miesięcy. Odstępstwa i trudności na wczesnym etapie realizacji są nieuniknione i nie powinny zniechęcać od dalszych działań. Szczególny nacisk powinno się położyć na ciągłą analizę wyników i systematyczne szkolenie personelu wszystkich specjalności.

ZASTOSOWANIE PROTOKOŁU ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) U PACJENTÓW PODOAWANYCH LAPAROSKOPOWYM OPERACJOM KOLOREKTALNYM Z POWODU RAKA – CZYNNIKI RYZYKA PRZEDŁUŻONEJ HOSPITALIZACJI

M. Pędziwiatr¹, M. Pisarska¹, M. Kisialewski¹, M. Matłok¹, P. Major¹, M. Wierdak¹, M. Natkaniec¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Zastosowanie protokołu Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) w chirurgii jelita grubego pozwala zmniejszyć częstość powikłań pooperacyjnych i skrócić czas pobytu w szpitalu. Bardzo krótki czas hospitalizacji nie jest jednak możliwy u wszystkich chorych.

Cel: Celem pracy było określenie jakie czynniki wpływają na czas hospitalizacji u pacjentów po laparoskopowej resekcji jelita grubego z powodu raka, u których opieka okołoperacyjna była zgodna z protokołem ERAS.

Metodyka: Prospektywnej analizie poddano 210 (99 K/111 M) kolejnych chorych poddawanych planowym laparoskopowym zabiegom z powodu raka jelita grubego. Podzielono ich na dwie grupy w zależności od czasu pobytu w szpitalu (grupa 1 - ≤ 4 dni, grupa 2 - > 4 dni), które porównano pod kątem niezależnych czynników (demograficzne, operacyjne, elementy protokołu ERAS, stopień jego realizacji, odsetek powikłań). W drugim etapie przeprowadzono analizę jedno- i wieloczynnikowej regresji logistycznej w celu określenia wpływu badanych parametrów na wydłużenie hospitalizacji powyżej 4 dni.

Wyniki: Grupę 1 stanowiło 109, a grupę 2 - 101 chorych. Zaobserwowano, że procent realizacji protokołu był wyższy w grupie 1 (91.2% vs. 76.7%, $p < 0,001$). Z kolei odsetek powikłań był wyższy w grupie 2 (18.7% vs. 36.8%, $p = 0,024$). W jednoczynnikowej i wieloczynnikowej regresji logistycznej stwierdzono, że na wydłużenie hospitalizacji wpływ mają: przygotowanie jelita (OR 2.25, 95% CI 1.14-4.45), brak podaży wysokowęglowodanowego napoju (OR 2.75, 95% CI 1.32-5.73), nierestrykcyjna płynoterapia dożylna (OR 6.85, 95% CI 2.57-18.21) brak tolerancji diety doustnej w 1 dobie pooperacyjnej (OR 2.77, 95% CI 1.33-5.74) brak uruchomienia w 1 dobie pooperacyjnej (OR 45.81, 95% CI 5.89-356.12), zastosowanie drenażu (OR 5.62, 95% CI 2.62-12.04), utrzymanie cewnika >24h (OR 5.57, 95% CI 1.92-16.17) oraz powikłania pooperacyjne (OR 2.38, 95% CI 1.10-5.14). Nie stwierdzono natomiast aby na pobyt w szpitalu wpływały parametry demograficzne, operacyjne oraz stopień zaawansowania nowotworu. Dodatkowo odnotowano związek pomiędzy stopniem realizacji protokołu ERAS a występowaniem powikłań.

Wnioski: W połączeniu laparoskopii i protokołu ERAS decydujący wpływ na czas hospitalizacji mają okołoperacyjne elementy protokołu ERAS oraz wystąpienie powikłań. Z kolei parametry demograficzne, operacyjne i stopień zaawansowania choroby nie wiążą się z wydłużeniem czasu hospitalizacji.

NIEDROŻNOŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO U CHORYCH PO WCZEŚNIEJSZYM LECZENIU Z POWODU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

M. Pędziwiatr¹, J. Kenig², M. Rubinkiewicz¹, A. Lasek², J. Rogala¹, M. Matłok¹, P. Major¹, K. Rembiasz¹, P. Wałęga², A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

2 - III Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Mimo znacznego rozwoju metod diagnostycznych i obrazowych dokładne określenie przyczyny niedrożności przewodu pokarmowego nie zawsze jest możliwe. Jest to szczególnie trudne u chorych leczonych wcześniej z powodu nowotworu jamy brzusznej, ponieważ nie wiadomo czy mamy do czynienia ze wznową czy niedrożnością zrostową.

Cel: Celem pracy jest analiza przyczyn niedrożności przewodu pokarmowego u chorych wcześniej leczonych radykalnie z powodu nowotworu złośliwego.

Metodyka: Analizą objęto pacjentów leczonych w II i III Katedrze Chirurgii Ogólnej CM UJ w latach 2000-2014. Do badania włączono chorych operowanych z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego, których wcześniej leczono radykalnie z powodu choroby nowotworowej, a leczenie zakończono na przynajmniej 6 miesięcy przed wystąpieniem objawów. Z analizy wyłączono pacjentów nie leczonych operacyjnie lub z potwierdzeniem wznowy nowotworowej. Chorych podzielono na 2 grupy w zależności od przyczyn niedrożności (grupa 1 – zrosty, grupa 2 – wznowa nowotworowa).

Wyniki: Spośród 1292 chorych operowanych z powodu niedrożności, 128 (9,9%) było wcześniej leczonych z powodu nowotworu złośliwego jamy brzusznej. W grupie 1 było 67 (52,3%), a w grupie 2 61 (47,4%) chorych (w tym u 25 wznową miejscową, a u 36 rozsiew nowotworowy). Średni wiek w grupie 1 i 2 wynosił odpowiednio 63,2 i 61,7 lat ($p>0,05$). Odsetek kobiet w grupie 1 był niższy w porównaniu z grupą 2 (50,7% vs. 73,7%, $p<0,05$). Średni odstęp pomiędzy niedrożnością a leczeniem podstawowym wynosił 3,7 i 4,4 lat ($p>0,05$). Mediana czasu trwania objawów niedrożności wynosiła odpowiednio 7 i 4 dni ($p<0,05$). Zaobserwowano istotną różnicę w odsetku powikłań pomiędzy grupami (45% vs. 28%, $p<0,05$) przy podobnym odsetku śmiertelności (24% vs. 26%, $p>0,05$). Najczęstszym nowotworem pierwotnym w obu grupach było jelito grube oraz jajnik.

Wnioski: Blisko co dziesiąty chory z niedrożnością jelit to pacjent leczony wcześniej z powodu nowotworu złośliwego. Odsetek niedrożności spowodowanych zrostami lub wznową jest porównywalny w tej grupie chorych. U chorych z niedrożnością w przebiegu wznowy czas trwania objawów jest zwykle dłuższy. Niedrożność w przebiegu wznowy nowotworowej wiąże się z gorszymi wynikami leczenia.

ZMIANY W ETIOLOGII NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO: RETROSPEKTYWNE JEDNOOŚRODKOWE BADANIE KOHORTOWE

M. Pędziwiatr¹, M. Stanek¹, P. Major¹, M. Matłok¹, M. Wierdak¹, P. Budzyński¹, K. Rembiasz¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii UJ, Kraków

Niedrożność przewodu pokarmowego nadal stanowi jedną z najczęstszych przyczyn doraźnych interwencji chirurgicznych. Przyczyny niedrożności zależą od populacji, a także okresu w jakim była ona analizowana.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie zmian w etiologii niedrożności przewodu pokarmowego zachodzących w obrębie jednej populacji miejskiej na przestrzeni 145 lat.

Metodyka: Analizą objęto 1825 chorych operowanych z powodu niedrożności. Podzielono ich na 4 podgrupy w zależności od okresu w jakim byli leczeni: grupa 1 (1868–1898) – 178 chorych, grupa 2 (1956–1970) – 491 chorych, grupa 3 (1987–1999) – 480 chorych, grupa 4 (2000–2013) – 676 chorych. Analizowano zmiany w strukturze płci, wieku oraz przyczynach i lokalizacji niedrożności przewodu pokarmowego.

Wyniki: Na przestrzeni badanego okresu czasu zaobserwowano wzrost średniego wieku operowanych (z 38,5 do 63,9 lat) oraz zwiększającą się różnicę pomiędzy nim a przewidywaną średnią życia w populacji. Odnotowano zwiększenie się odsetka kobiet (z 47,8% do 60,2%, $p < 0,05$). Stwierdzono spadek częstości uwięźniętych przepuklin (z 55,8% do 26,5%, $p < 0,001$). Odsetek niedrożności z powodu zrostów pozostał na stałym poziomie (z 23,6% do 28,8% $P < 0,05$). Zaobserwowano również znaczący wzrost niedrożności na tle nowotworowym (z 9,6% do 35,2%, $P < 0,001$). Niedrożność spowodowana skrętem jelita, która była częsta przed ponad 100 laty, w chwili obecnej występuje bardzo rzadko (33,7% vs. 3,4%, $p < 0,001$).

Wnioski: W ciągu blisko 150 lat doszło do istotnych zmian w charakterystyce chorych operowanych z powodu niedrożności przewodu pokarmowego i jej etiologii. W chwili obecnej najczęstszą przyczyną niedrożności jest choroba nowotworowa.

PROTOKÓŁ ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) – PUNKT WIDZENIA PACJENTÓW

M. Pędziwiatr¹, M. Kisialewski¹, A. Łaskawska¹, M. Mleczo¹, K. Motor¹, M. Pisarska¹, M. Matłok¹, P. Major¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Stosowanie protokołu ERAS zmniejsza częstość powikłań, skraca hospitalizację i zmniejsza odsetek ponownych przyjęć. Ważną rolę odgrywa również zmniejszenie dyskomfortu fizycznego i psychicznego pacjenta związanego z operacją i okresem pooperacyjnym, co zwiększa jego zadowolenie z opieki. Kluczową rolę w realizacji protokołu odgrywa pełna współpraca z pacjentem.

Cel: Celem pracy była ocena postrzegania opieki okołoperacyjnej opartej o założenia ERAS przez chorych.

Metodyka: Do badania włączono 87 kolejnych chorych poddawanych dużym zabiegom laparoskopowym p.pokarmowgo, u których zastosowano protokół ERAS. Chorzy wypełnili kwestionariusz przed (22 pytania) i po zabiegu (29 pytań), a 2 tygodnie po wypisie odpowiedzieli telefonicznie na 9 standaryzowanych pytań. W kwestionariuszach zastosowano skalę Likerta do subiektywnej oceny elementów i założeń protokołu. Analizowano zmiany w postrzeganiu przez chorych priorytetów opieki przed i po zakończeniu leczenia.

Wyniki: Przed zabiegiem najistotniejsza dla chorych była możliwość kontaktu z lekarzem (9.64), uzyskanie pełnych informacji dotyczących opieki pooperacyjnej (9.46), brak bólu (9.41) oraz zabieg wykonany technikami małoinwazyjnymi (9.39). Po zabiegu zwrócili oni największą uwagę na telefoniczną kontrolę po wypisie (9.62), otrzymanie leków przeciwbólowych na żądanie (9.41) i zabieg wykonany technikami małoinwazyjnymi (9.41). Najmniej istotne dla pacjentów zarówno przed jak i po zabiegu było ograniczenie ilości dożylnych płynów (4.25 vs 5.55) i uniknięcie głodzenia przed zabiegiem (4.41 vs 5.35). Zaobserwowano, że po zabiegu istotnie statystycznie zmieniono ocenę takich elementów jak: kontrola bólu, uniknięcie nudności, wymiotów, głodzenia przed zabiegiem, przygotowania jelita i stosowania dożylnych płynów, utrzymania cewnika i szybkiego włączenia diety. W rozmowie telefonicznej 100% pacjentów wyraziło zadowolenie z opieki zgodnej z ERAS. Żaden z pacjentów nie odczuł potrzeby dłuższego pobytu w szpitalu.

Wnioski: Wszyscy chorzy z aprobatą przyjmują zasady opieki okołoperacyjnej opartej o ERAS, ponieważ są one zbieżne z ich oczekiwaniami. Szczególną uwagę przywiązują do szybkiego powrotu do pełnej aktywności, braku bólu w okresie pooperacyjnym oraz możliwości uzyskania pełnej informacji o planowanym leczeniu. Na uwagę zasługuje fakt, że w opinii chorych krótki pobyt w szpitalu jest uznawany za bezpieczny i nie widzą oni konieczności wydłużania go w sytuacji powrotu do pełnej aktywności.

OCENA STĘŻENIA IMMUNOGLOBULINY IgG4 W SUROWICY I ŚLINIE CHORYCH Z GUZEM TRZUSTKI LECZONYCH OPERACYJNIE

J. Piecuch¹, J. Jopek¹, M. Wiewióra¹, E. Świętochowska², M. Szrot¹, K. Sosada¹

1 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

2 - Katedra Biochemii Ogólnej, Zakład Biochemii Klinicznej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

Podobieństwo objawów klinicznych, wyników badań laboratoryjnych i obrazowych u chorych z rakiem trzustki i guzem zapalnym stwarza olbrzymie problemy związane z podjęciem decyzji co do leczenia chirurgicznego jak i zakresu resekcji. W ostatnich latach dużą wagę przywiązuje się do oznaczeń poziomu immunoglobulin osoczowych, szczególnie IgG4. Jej wzrost obserwowano w guzach zapalnych trzustki szczególnie o podłożu autoimmunologicznym.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena stężeń immunoglobuliny IgG4 oznaczanej w surowicy i ślinie chorych z guzem trzustki w okresie przedoperacyjnym poddanych leczeniu operacyjnemu.

Metodyka: Analizie poddano 18 chorych leczonych operacyjnie w Klinice od VI do XI 2014r. Pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy. Grupę I stanowiło 13 chorych (72,2%) z gruczolakorakiem trzustki w wieku od 38 do 76 lat. Do grupy II zostało włączonych 5 chorych (27,8%) z zmianami zapalnymi trzustki o charakterze przewlekłego zapalenia w wieku od 48 do 72 lat. Badania biochemiczne z surowicy i śliny były wykonywane z materiału pobranego przed operacją. Stężenie IgG4 w surowicy i w ślinie przeprowadzono z użyciem odczynników firmy Biding Site (Binding Grup Ltd, Birmingham, UK). Oznaczenia wykonano na aparacie MININEPH Plus (Binding Grup Ltd, Birmingham, UK), który jest przeznaczony do oznaczania stężenia białek w płynach ustrojowych przy zastosowaniu nefelometrycznej techniki pomiarowej.

Wyniki: Wśród badanych w grupie I było 5 mężczyzn i 8 kobiet, natomiast grupę II stanowiło 5 mężczyzn. Nie stwierdzono różnic w strukturze płci i wieku. W obu grupach guz trzustki był najczęściej zlokalizowany w głowie i trzonie trzustki. W grupie pierwszej najczęstszym zabiegiem było wycięcie głowy trzustki i dwunastnicy, które wykonano u 6 (33,3%) pacjentów. W grupie II zabieg najczęściej polegał na pobraniu wycinków do badania histopatologicznego. Stwierdzono istotnie wyższe stężenie IgG4 w grupie I w stosunku do grupy II zarówno w surowicy ($p=0,0179$) jak i ślinie ($p=0,0233$) - ponad czterokrotnie wyższe.

Wnioski: Podwyższony poziom stężenia immunoglobuliny IgG4 w surowicy i ślinie wskazuje na nowotworowy charakter guza.

ŁAGODNE ZMIANY WĄTROBY – ANALIZA WYNIKÓW LECZENIA W GRUPIE 107 PACJENTÓW W POJEDYNCZYM OŚRODKU CHIRURGICZNYM

S. Pietruszka¹, Z. Wojciechowska², P. Wyszńska², R. Skibiński¹, K. Brzuszkiewicz¹, A. Szczepanik¹, J. Kulig¹

1 - I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej - Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

2 - Studenckie Towarzystwo Naukowe, I Katedra Chirurgii Ogólnej - Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Powszechna dostępność badań obrazowych skutkuje wzrostem wykrywania zmian łagodnych w zakresie wątroby. Najczęstsze, opisywane wskazania do zabiegów resekcyjnych w obrębie tego narządu to podejrzenie zmiany złośliwej oraz obecność objawów towarzyszących.

Cel badania: Celem badania jest przedstawienie i ocena wyników leczenia łagodnych zmian wątroby w grupie 107 chorych operowanych w I Katedrze Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Metody: Retrospektywnej analizie danych poddano grupę 823 pacjentów u których wykonano zabiegi w zakresie wątroby w latach 2006-2014 w I Katedrze Chirurgii Ogólnej UJCM. Wyłoniono grupę 107 chorych, u których ostateczne rozpoznanie histopatologiczne stanowiło zmianę łagodną. Poza analizą demograficzną oceniano: wskazanie do interwencji chirurgicznej, rodzaj zabiegu, wystąpienie powikłań chirurgicznych.

Wyniki: Wśród przebadanej grupy u 107 pacjentów ostatecznym rozpoznaniem histopatologicznym była zmiana łagodna wątroby. Grupę poddaną analizie stanowiło 78 kobiet (średnia wieku 51,5 roku; min 19 max 81 lat) i 29 mężczyzn (średnia wieku 47,1 roku; min 19 max 71 lat). Średni czas obserwacji po zabiegu wynosił 22,9 mc. Średni czas hospitalizacji wynosił: 10 dni (min. 2 max. 47). Najczęstszymi wskazaniami do interwencji chirurgicznej były: podejrzenie zmiany złośliwej (50,45%), zmiana objawowa (21,62%), podejrzenie torbieli bąblowcowej (12,61%), progresja obserwowanej zmiany (8,11%), ropień (6,31%), krwawienie (0,9%). Rozpoznanie histopatologiczne stanowiły: torbiel (43%), ogniskowy rozrost guzkowy (FNH -22%), naczyniak (10), ropień (8%), Inne (17% - gruczolak, angiomyolipoma, krwiak, hamartoma). Wśród wszystkich interwencji chirurgicznych wykonano: 63 zabiegi resekcyjne (57% zmian łagodnych, 7,6% wszystkich zabiegów w zakresie wątroby). Wśród pozostałych zabiegów wykonano: fenestrację (28%), wycięcie torbieli (6,6%), ewakuację ropnia (6,6%), termoablację (1,8%) Całkowity odsetek powikłań chirurgicznych wyniósł 12,1%. Odsetek powikłań po zabiegach resekcyjnych wyniósł 14,3%. Najczęstszym powikłaniem wszystkich interwencji była przetoka żółciowa (6%).

Wnioski: Z akceptowalnym odsetkiem powikłań zmiany łagodne wątroby mogą być wskazaniem do leczenia operacyjnego w przypadku podejrzenia zmiany rozrostowej lub współistnieniu objawów towarzyszących. Najczęstszymi wskazaniami do interwencji chirurgicznej w analizowanej grupie były torbiele oraz ogniskowy rozrost guzkowy.

WPŁYW PRZEDOPERACYJNEJ PODAŻY BOGATOWĘGLOWODANOWEGO NAPOJU NA INSULINOOPORNOŚĆ I POZIOM KORTYZOLU WŚRÓD PACJENTÓW PODDAWANYCH PLANOWEJ LAPAROSKOPOWEJ CHOLECYSTEKTOMII – BADANIE Z RANDOMIZACJĄ

M. Pisarska¹, M. Pędziwiatr¹, M. Matłok¹, M. Kisialewski¹, M. Wierdak¹, P. Major¹, A. Łaskawska¹, A. Budzyński¹

1 - II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ, Kraków

Przedoperacyjny napój bogatowęglowodanowy (PNW) ma udowodnione korzystne działanie obniżające insulinooporność po dużych zabiegach operacyjnych. Niewiele wiadomo, czy efekt ten jest możliwy do zaobserwowania także w przypadku mniejszych zabiegów operacyjnych, gdzie reakcja organizmu na stres jest ograniczona.

Cel: Celem pracy było określenie wpływu PNW na insulinooporność i poziom kortyzolu u pacjentów poddawanych planowej laparoskopowej cholecystektomii.

Metodologia: Badaniem z randomizacją objęto kolejnych pacjentów operowanych w okresie od listopada 2013 do lutego 2014 r. w II Katedrze Chirurgii Ogólnej CM UJ. Kryteria wykluczenia z badania: zabieg doraźny, konwersja, pacjenci z cukrzycą czy też leczeni glikokortykosteroidami, pacjenci z niewydolnością wątroby lub nerek. Grupę badawczą stanowiło 20 pacjentów, którym 2 h przed zabiegiem podano 400 ml PNW. Grupę kontrolną stanowiło 20 pacjentów, którzy otrzymali placebo (czysta woda). Przydział do grup był losowy – alokacja 1:1, przeprowadzona przez niezależnego badacza za pomocą programu komputerowego (www.random.org). Pacjentom trzykrotnie pobrano próbki krwi w celu oznaczenia poziomu glukozy, insuliny i kortyzolu, a także obliczenia wskaźnika insulinooporności HOMA-IR. Pobrania miały miejsce przed podaniem PNW, bezpośrednio po oraz 24h po zabiegu. Grupy porównano pod względem czynników demograficznych, operacyjnych, wyników leczenia, a także stopnia insulinooporności i stężenia kortyzolu we wszystkich trzech pomiarach. Badanie prowadzono zgodnie z założeniami CONSORT Statement.

Wyniki: Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami w wieku, płci, BMI, stopniu w skali ASA. Średni czas operacji (78.25 vs 77.35 min., $p=0,99$), długość pobytu (1.35 vs 1.32 dni, $p=0,82$) i częstość powikłań pooperacyjnych (10% vs 15%, $p=0,98$) były porównywalne w obu grupach. HOMA-IR w obu grupach nie różnił się istotnie w pomiarach przed (1.48 vs 1.23, $p=0.14$), bezpośrednio po (1.57 vs 2.07, $p=0.61$) i 24h po zabiegu (2.13 vs 1.8, $p=0.38$). Również poziom kortyzolu był porównywalny przed (20.67 vs 16.23 ug/dl, $p=0.06$), bezpośrednio po (23.25 vs 13.55 ug/dl, $p=0.65$) i 24h po zabiegu (12.23 vs 9.91 ug/dl, $p=0.39$)

Wnioski: Podaż PNW na 2h przed zabiegiem nie wpływa w istotny sposób na poziom kortyzolu i insulinooporność wyrażoną wskaźnikiem HOMA-IR u pacjentów po laparoskopowej cholecystektomii. Nie odnotowaliśmy również jego wpływu na czas hospitalizacji czy też częstość występowania powikłań pooperacyjnych

ZESPÓŁ WIĘZADŁA ŁUKOWATEGO POŚRODKOWEGO (MALS – MEDIAN ARCUATE LIGAMENT SYNDROME) STWIERDZANY PODCZAS PANKREATODUODENEKTOMII – IMPLIKACJE KLINICZNE.

M. Potocka¹, M. Słodkowski¹, M. Wroński¹, W. Pawłowski¹, B. Dąbrowski¹, S. Alseifi¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej SPCSK ul. Banacha 1a, Warszawa

Zespół więzadła łukowatego jest przyczyną zmniejszonego przepływu w pniu trzewnym. Objawy kliniczne mogą być skąpe lub nie występować wcale, ze względu na krążenie oboczne z tętnicy kręzkowej górnej głównie przez tętnicę żołądkowo-dwunastniczą. Podczas pankreatoduodenektomii po podwiązaniu t. żołądkowo-dwunastniczej może dojść do zaburzeń przepływu w tętnicy wątrobowej wspólnej z dalszymi konsekwencjami klinicznymi.

Cel: Ocena serii przypadków MALS u chorych poddanych pankreatoduodenektomii i ustalenie schematu postępowania w takich przypadkach.

Metodyka: Retrospektywne badanie w grupie 30 chorych, u których wykonano pankreatoduodenektomię w okresie od 01.08.2014 do 20.04.2015r. Wśród nich zidentyfikowano tych u których śródoperacyjnie, bądź w wyniku komplikacji pooperacyjnych stwierdzono zespół więzadła łukowatego.

Wyniki: Spośród 30 kolejno operowanych chorych u 4 stwierdzono zespół więzadła łukowatego (13,3%). Wszyscy chorzy przed operacjami mieli wykonane badanie obrazowe jamy brzusznej TK lub MRI – w żadnym z nich nie został opisany MALS. W 2 przypadkach w związku z brakiem przed a także śródoperacyjnego rozpoznania MALS w trakcie pierwotnej operacji, konieczna była reoperacja i przecięcie więzadła łukowatego. Odnotowano jeden zgon spowodowany nieszczelnością zespolenia trzustkowo-jelitowego, z koniecznością reoperacji i wycięcia części obwodowej trzustki. W 2 przypadkach MALS rozpoznano w trakcie pierwotnej operacji na podstawie zaniku tętna na tętnicy wątrobowej po zaklemowaniu tętnicy żołądkowo-dwunastniczej i następnie przecięto więzadło łukowate podczas tej samej operacji. W jednym przypadku wystąpił zacieki żółci, bez powikłań niedokrwiennych. W ostatnim przypadku nie odnotowano powikłań pooperacyjnych.

Wnioski: U chorych poddawanych pankreatoduodenektomii, w ocenie badań obrazowych należy przedoperacyjnie zwrócić uwagę na drożność pnia trzewnego. Podczas operacji należy bezwzględnie sprawdzać jakość napływu do tętnicy wątrobowej po zaklemowaniu tętnicy żołądkowo-dwunastniczej. W przypadkach niezadawalającego napływu należy rozważyć odsłonięcie pnia trzewnego i przecięcie więzadła łukowatego. Nierozpoznany MALS i nieleczone u chorych poddawanych pankreatoduodenektomii może doprowadzić do poważnych powikłań.

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA JELITA GRUBEGO W PRZEBIEGU KAMICY PĘCZERZA MOCZOWEGO POWIKŁANEJ PRZETOKĄ PĘCZERZOWO – ODBYTNICZĄ - OPIS PRZYPADKU

B. Prusowska¹, T. Zwoliński², Z. Banaszkiwicz²

1 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Szpital Uniwersytecki nr 2 Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

2 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Szpital Uniwersytecki nr 2 Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz

Przetoki pęcherzowo – jelitowe są schorzeniami stosunkowo rzadkimi. Wiele z opisywanych w literaturze przypadków to kazuistyka. Najczęściej ich etiologią są powikłania nieswoistych zapaleń jelit, choroby uchyłkowej, nowotworów złośliwych jelita grubego i pęcherza moczowego, najrzadziej opisywane są przetoki na tle urazów, również jatrogennych (uraz operacyjny, radioterapia) Cechą charakterystyczną tych przetok jest symptomatologia dotycząca w największym stopniu dróg moczowych - pneumaturia, fekaluria, niespecyficzne dolegliwości dysuryczne, nawracające, odporne na leczenie infekcje dróg moczowych. W wywiadzie i badaniu przedmiotowym rzadko stwierdza się objawy dotyczące układu pokarmowego, są one dyskretne, często dla chorego niezauważalne lub kojarzone z chorobą podstawową. Omówiony przypadek dotyczy chorego po radykalnej prostatektomi i radioterapii z powodu raka prostaty, u którego wystąpiła masywna kamica pęcherza moczowego. Dominującym objawem klinicznym była niedrożność przewodu pokarmowego, a w badaniu przedmiotowym guz odbytnicy powodujący niedrożność jelit. Ponadto badaniem , po którym postawiono ostateczne rozpoznanie była kolonoskopia, uznawana za nieskuteczną metodę diagnozowania przetok. Z uwagi na stwierdzony śródoperacyjnie, marski pęcherz moczowy inkrustowany złożami niemożliwym było typowe leczenie: zeszytie pęcherza i resekcja odbytnicy wraz z kanałem przetoki. W przypadku opisanego chorego leczenie polegało na usunięciu przez odbyt olbrzymiego, około 8-centymetrowej średnicy, złożu zaklinowanego w otworze przetoki. Pozostawiono przetokę, zamknięto odbytnicę na wysokości załamka otrzewnej i wyłoniono stomię końcową na esicy. Uzyskano w ten sposób odpływ moczu z marskiego pęcherza do odbytnicy. Już w pierwszych dobach po zabiegu pacjent kontrolował wypływanie moczu z odbytnicy za pomocą zwieraczy zewnętrznych odbytu, docelowo więc stworzono szczególny rodzaj pęcherz zastępczego, którego opróżnianie było w dużej mierze zależne od woli chorego.

ZNACZENIE LAPAROSKOPII DIAGNOSTYCZNEJ W OCENIE RESEKCYJNOŚCI RAKA ŻOŁĄDKA – ANALIZA WSTĘPNA

K. Pudło¹, A. Błotniak¹, T. Skoczylas¹, A. Dąbrowski¹, J. Sierocińska-Sawa², J. Kruk-Bachonko³, M. Czechowski³, W. Krupski³, G. Wallner⁴

1 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

2 - Pracownia Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie, Lublin

3 - II Zakład Radiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

4 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

Rak żołądka (RŻ) należy do częstych nowotworów układu pokarmowego a rozsiew otrzewnowy uniemożliwia uzyskanie radykalności onkologicznej.

Cel: Celem badania jest ocena znaczenia laparoskopii diagnostycznej (LD) w ustaleniu stopnia zaawansowania i możliwości uzyskania radykalności onkologicznej u chorych planowanych do leczenia skojarzonego z okołoperacyjną chemioterapią.

Metoda: Od stycznia 2013 do maja 2015 w II Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego UM w Lublinie operacyjnie leczono 103 chorych z RŻ. U 32 chorych z potencjalnie resekcyjnym RŻ o miejscowym lub regionalnym stopniu zaawansowania bez przerzutów odległych w obrazie TK w stanie ogólnym umożliwiającym przeprowadzenie leczenia skojarzonego wykonywano LD z oceną głębokości naciekania ściany żołądka, oceną powierzchni wątroby, otrzewnej, obecności wolnego płynu oraz oceny cytologicznej i biochemicznej popłuczyn otrzewnowych. W pracy przedstawiamy wstępną analizę prospektywnie gromadzonych parametrów kliniczno-patologicznych u pierwszych 32 chorych, u których ocenę wyjściową stopnia zaawansowania uzupełniono o LD.

Wyniki: Bezpośrednia obserwacja laparoskopowa z wykorzystaniem barwienia elektronicznego NBI zwiększyła dokładność oceny głębokości nacieku raka T2/T3/T4A/T4B odpowiednio u 9,7/29,0/51,6/6,5 % chorych w porównaniu z oceną TK u 6,3/62,5/21,9/0,0 % chorych. Przerzuty otrzewnowe stwierdzono u 6 chorych (18,8%), wolny płyn w jamie otrzewnej u 4 (12,5%) oraz obecność wolnych komórek raka w jamie otrzewnej w badaniu cytologicznym popłuczyn u 5 chorych (15,6%). Na podstawie dodatkowych informacji uzyskanych za pomocą LD do leczenia paliatywnego zakwalifikowano 14 chorych (43,75%). U chorych kwalifikowanych do leczenia paliatywnego dominowała lokalizacja w części proksymalnej i środkowej żołądka odpowiednio u 57,1% i 78,6% chorych w porównaniu do 27,8% i 38,9% chorych kwalifikowanych do leczenia skojarzonego. Analiza biochemiczna markerów nowotworowych wykazała wyższe stężenia markera CEA w popłuczynach otrzewnowych (4,54 ±12,72 ng/ml vs 0,40 ±0,33 ng/ml) natomiast większe średnie wartości markera CA 19-9 w surowicy krwi (70,53 ±120,02 U/ml vs 12,80 ±19,29 U/ml) u chorych kwalifikowanych do leczenia paliatywnego.

Wnioski: LD stanowi cenne uzupełnienie diagnostyki obrazowej w ocenie stopnia zaawansowania i możliwości uzyskania resekcji onkologicznie radykalnej u chorych z RŻ planowanych do leczenia skojarzonego z okołoperacyjną chemioterapią.

LAPAROSKOPOWE RESEKCJE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH JELITA GRUBEGO W MATERIALE WŁASNYM

H. Razak Hady¹, J. Dadan¹, J. Łukaszewicz¹, P. Myśliwiec¹, P. Wojskowicz¹, M. Łuba¹

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

Nowotwory złośliwe jelita grubego stale pozostają ważnym problemem diagnostycznym i leczniczym. Niezależnie od lokalizacji rozwijają się skrycie, nie dając objawów wczesnych, co powoduje że chorzy zgłaszają się do chirurga w zaawansowanym stadium choroby. Postępowanie chirurgiczne w dużej mierze zależy od stopnia zaawansowania nowotworu i stanu klinicznego chorego, w tym obecności chorób współistniejących. Techniki laparoskopowe stosowane obecnie w leczeniu nowotworów jelita grubego znacznie zmniejszają ryzyko powikłań okołoperacyjnych przy jednoczesnym zachowaniu standardów prawidłowo wykonanego zabiegu onkologicznego.

Cel pracy: Celem pracy było laparoskopowe postępowanie w leczeniu nowotworów złośliwych jelita grubego w 5-letniej własnej obserwacji.

Materiał i metody: W latach 2010-2014 w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku leczono 377 chorych z nowotworami złośliwymi jelita grubego w wieku 38-92 lata (średnia 56,5 roku), w tym 141 (37,5%) kobiet i 236 (62,5%) mężczyzn. Operacjom laparoskopowego wycięcia guzów jelita grubego poddano 223 (66%) chorych.

Wyniki: Do najczęstszej lokalizacji nowotworów złośliwych jelita grubego należała odbytnica – 59 (26,5%) oraz esica – 76 (34%) przypadków, kolejno kątnica i wstępnica 47 (21%) przypadków, zagięcie śledzionowe okrężnicy 19 (8,5%), zagięcie wątrobowe okrężnicy 22 (10%) przypadków. Chorych operowano używając 3-5 trokarów. Zespoleń wykonywano staplerami liniowymi lub zespalano ręcznie przez minilaparotomię bądź staplerem okrężnym w przypadku niskich guzów odbytnicy.

Wnioski: Na podstawie analizy materiału własnego i danych światowych obserwuje się stały wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego. Obecnie stosowane techniki laparoskopowe znalazły się w standardzie leczenia nowotworów jelita grubego zmniejszając ryzyko powikłań okołoperacyjnych w tym występowanie przepuklin pooperacyjnych, skracając hospitalizację i przyspieszając powrót chorego do aktywności fizycznej przy zachowaniu wszelkich standardów onkologicznych.

FUNDOPLIKACJA NISSENA W NAPRAWIE PRZEPUKLIN ROZWORU PRZEŁYKOWEGO PRZEPONY – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

H. Razak Hady¹, M. Łuba¹, M. Czerniawski¹, J. Dadan¹

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

Częstość występowania przepuklin rozworu przełykowego jest trudna do określenia z powodu iż większość chorych początkowo nie ma istotnych dolegliwości klinicznych. Wystąpienie objawów, takich jak: bóle w klatce piersiowej często imitujące chorobę niedokrwienną serca, refluks żołądkowo-przełykowy, objawy krwawienia z przewodu pokarmowego, nudości i wymioty stają się przyczyną do podjęcia szczegółowej diagnostyki. Aktualnie najczęściej wykonywaną operacją naprawczą przepukliny rozworu przełykowego przepony jest fundoplikacja pełna (360°) – sp. Nissena.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w naprawie przepuklin rozworu przełykowego przepony.

Metody: W przedoperacyjnej diagnostyce obrazowej wykonywano: gastroskopie, rtg z kontrastem przełyku i żołądka, tomografie jamy brzusznej i klatki piersiowej w przypadku dużych przepuklin powodujących przemieszczenie się dużej części żołądka lub innych narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej oraz manometrię lub impedancję przełyku celem oceny refluksu żołądkowo-przełykowego. Pacjentów operowano w technice laparoskopowej wykonując fundoplikacje sp. Nissena (360stopni) oraz Nissena -Rossetti celem naprawy przepukliny rozworu przełykowego przepony. Chorych operowano w pozycji francuskiej przy użyciu 4 lub 5 troakarów (3 troakary 5mm, 1 lub 2 troakary 10mm). W 50% procentach przypadków nie uwalniano naczyń żołądkowych krótkich.

Wyniki: W latach 2000-2014 w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku operowano 102 chorych w tym 59 kobiet i 43 mężczyzn z rozpoznana przepukliną rozworu przełykowego przepony. Czas trwania operacji wynosił 44 – 120 min. (średnio 68 min.) i nie odnotowano żadnych powikłań śródoperacyjnych. U 15% pacjentów stwierdzono przemieszczenie żołądka do klatki piersiowej w różnym stopniu. 4 pacjentów było operowanych w trybie pilnym z powodu uwięźnięcia przepukliny okołoprzełykowej. Chorych zazwyczaj wypisano do domu w trzeciej dobie po zabiegu, z zaleceniem przestrzegania diety papkowej przez okres 6 tygodni. W obserwacji pooperacyjnej jedynie u 2 pacjentów wystąpiły objawy zwężenia mankietu, rozszerzane skutecznie endoskopowo.

Wnioski: Laparoskopowa fundoplikacja Nissena jest małoinwazyjną i skuteczną metodą w leczeniu przepuklin rozworu przełykowego przepony również przepuklin uwięźniętych.

ANALIZA WYNIKÓW LECZENIE OSTREGO ZAPALENIA UCHYŁKÓW ESICY.

P. Rozbicki¹, H. Polak¹, M. Garczarek¹, M. Włodarczyk², Ł. Dziki², A. Dziki²

1 - SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

Ostre zapalenie uchyłków esicy jest stanem zapalnym uchyłka, który może spowodować perforację oraz powstanie ropnia. Ostre zapalenie uchyłków zazwyczaj objawia się podwyższoną temperaturą ciała, leukocytozą, bólem w lewym dolnym kwadrancie jamy brzusznej. Najczęściej przebieg jest niepowikłany dobrze poddający się leczeniu zachowawczemu. Jednak u niektórych pacjentów dochodzi do zapalenia uchyłków z towarzyszącym ropniem, przetoką, niedrożnością lub wolną perforacją, które są wskazaniem do operacji w trybie ostrodyżurowym. Postępowanie w leczeniu ostrego zapalenia uchyłków ze względu na często niejednoznaczny obraz kliniczny często sporym wyzwaniem dla chirurga.

Cel: Celem badania była ocena wyników leczenia ostrego zapalenia uchyłków esicy oraz analiza wpływu płci, wieku oraz chorób współistniejących.

Metodyka: Badanie zostało przeprowadzone na grupie pacjentów hospitalizowanych od stycznia 2012 do marca 2015 w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Dane zostały zebrane w sposób retrospektywny na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjentów ostrodyżurowych hospitalizowanych z powodu ostrego zapalenia uchyłków. W analizie uwzględniono czas hospitalizacji, parametry laboratoryjne, wdrożone leczenie oraz choroby współistniejące.

Wyniki: Do badania zakwalifikowano 43 pacjentów, 32 kobiety (72,73%) oraz 11 mężczyzn (27,27%) hospitalizowanych powodu choroby uchyłkowej. Średni wiek wynosił 62,74 lata ($\pm 14,55$ lat). U 11 (25,58%) pacjentów wystąpiła konieczność interwencji chirurgicznej pod postacią resekcji esicy. W badaniu zaobserwowano wyższe wartości CRP u operowanych osób ($96,74 \pm 90,91$ vs. $167,98 \pm 102,20$ $p < 0,005$). Nie stwierdzono zależności między WBC oraz wiekiem pacjentów a zabiegiem chirurgicznym ($p > 0,05$). Średnia długość pobytu była znacznie dłuższa u pacjentów operowanych ($14,36 \pm 7,39$ dni vs. $6,73 \pm 2,71$ dni; $p < 0,05$). Zaobserwowano istotną różnicę pomiędzy czasem wystąpienia objawów przed hospitalizacją u operowanych i nieoperowanych ($3,23 \pm 5,16$ dni vs. $4,56 \pm 4,70$ dni; $p < 0,05$).

Wnioski: W badanej grupie ostre zapalenie uchyłków esicy obserwowano częściej u kobiet. 25% analizowanych pacjentów odpowiedziało zadowolająco na wdrożone leczenie zachowawcze i zostało poddanych interwencji chirurgicznej. Pacjenci wymagający interwencji chirurgicznej w chwili przyjęcia charakteryzowali się wyższym poziomem CRP. W przypadku zabiegu chirurgicznego przebieg ostrego zapalenia uchyłków charakteryzował się gwałtowniejszym przebiegiem.

CHARAKTERYSTYKA Wczesnych Powikłań u Pacjentów Operowanych z powodu Guza Neuroendokrynnego w Obrębie Pola Trzustkowo-Dwunastniczego

M. Seweryn¹, K. Kuśnierz¹, A. Kolarczyk-Haczyk¹, P. Lampe¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach., Katowice

Guzy neuroendokrynnne to rzadkie nowotwory, które poza objawami związanymi z efektem masy guza oraz naciekaniem narządów i naczyń, charakteryzują się wydzielaniem hormonów i objawami z tym związanymi. Ze względu na nowe możliwości chemioterapii u pacjentów z zaawansowanym guzem neuroendokrynnym dąży się do całkowitej resekcji ogniska pierwotnego nowotworu.

Cel: Celem pracy była charakterystyka wykonywanych zabiegów oraz ich wczesnych powikłań u pacjentów z guzem neuroendokrynnym w obrębie pola trzustkowo-dwunastniczego.

Materiał i metody: Wykonano analizę retrospektywną pacjentów operowanych z powodu guza pola trzustkowo-dwunastniczego w latach 2011-2014 w Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Analizie poddano rodzaj zabiegu, wiek, rozmiar guza, obecność przerzutów do wątroby, czas hospitalizacji pooperacyjnej oraz rodzaj i odsetek powikłań.

Wyniki: Z spośród 542 pacjentów z guzem w obrębie pola trzustkowo - dwunastniczego, u 37 pacjentów stwierdzono histopatologiczne potwierdzonego guza neuroendokrynnego. Lokalizacje guza w obrębie pola trzustkowo-dwunastniczego: 56,8% (21) pacjentów –głowa trzustki, 43,2%(16) pacjentów- trzon i ogon trzustki. W 94,6%(35) przypadków dokonano radykalnej resekcji guza. Przebieg pooperacyjny u 32,4%(12) pacjentów był powikłany. W dwóch przypadkach nastąpił zgon okresie okołoperacyjnym.

Wnioski: Wczesne wyniki leczenia oraz procent powikłań jest zadawalający, dlatego powinno się dążyć do uzyskania radykalnego zabiegu u pacjentów z guzem neuroendokrynnym.

WPŁYW OCENY STANU ODŻYWIENIA NA WYNIKI LECZENIA CHORYCH PODDANYCH PANKREATODUODENEKTOMII: WIELOCZYNNIKOWA ANALIZA 560 CHORYCHM. Sierżęga¹, J. Kulig¹

1 - I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Niedożywienie stwierdza się u znaczącego odsetka chorych leczonych operacyjnie z powodu schorzeń górnego odcinka układu pokarmowego. Nie określono optymalnego sposobu oceny ryzyka powikłań pooperacyjnych związanych z niedożywieniem u chorych poddanych pankreatoduodenektomii.

Cel: Celem badania była analiza czynników ryzyka powikłań po pankreatoduodenektomii ze szczególnym uwzględnieniem parametrów stanu odżywienia.

Metodyka: Analizą objęto 560 chorych poddanych planowym zabiegom pankreatoduodenektomii w latach 1995 do 2013. Powikłania pooperacyjne odnotowywano prospektywnie przy użyciu dedykowanej bazy danych. Stan odżywienia oceniano z uwzględnieniem następujących parametrów: niezamierzona utrata masy ciała w ostatnich 6 miesiącach, wskaźnik masy ciała (BMI), stężenie białka całkowitego i albuminy w surowicy krwi, całkowita liczba limfocytów we krwi, Nutritional Risk Index (NRI), Instant Nutritional Assessment (INA), Nutritional Risk Screening (NRS 2002), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

Wyniki: Powikłania pooperacyjne rozpoznano u 237 chorych (42%). Śmiertelność okołoperacyjna wyniosła 4,8% (27 pacjentów). Siedemdziesięciu dziewięciu chorych (14%) wymagało reoperacji. Niezależnymi czynnikami ryzyka powikłań systemowych był wiek chorego (iloraz szans (OR) 1,05), konieczność przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych (OR 1,85) oraz współistniejące choroby układu krążenia (OR 2,46). Czas trwania zabiegu operacyjnego (OR 1,03), sposób zaopatrzenia kikuta trzustki (OR 1,96), i nadwaga (OR 1,98) zwiększały ryzyko powikłań chirurgicznych. BMI ≥ 25 (OR 2,77), brak leczenia żywieniowego (OR 4,05), rozpoznanie choroby zasadniczej (OR 5,48) i sposób zapatrzenia kikuta trzustki (OR 5,54) wpływały na występowanie przetoki trzustkowej.

Wnioski: Typowe skale oceniające stan odżywienia nie pozwalają oszacować ryzyka powikłań związanych z niedożywieniem u chorych poddanych pankreatoduodenektomii.

RESEKCJA ŻYŁY KREZKOWEJ/WROTNEJ W GRANICZNIE RESEKCYJNYCH GUZACH GŁOWY TRZUSTKI – DOŚWIADCZENIA WŁASNE.

M. Słodkowski¹, M. Wroński², W. Cebulski², B. Dąbrowski¹, G. Lech¹, M. Makiewicz³

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

2 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

3 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Leczenie chirurgiczne raka głowy trzustki w tym radykalna resekcja R0 jest jedyną jak do tej pory metodą dającą szanse na długie przeżycie chorych. W guzach granicznie resekcyjnych naciekających żyłę krezkową/wrotną można uzyskać radykalność zabiegu poprzez resekcję naczynia w jednym bloku z następową jego rekonstrukcją. Podstawą tego typu postępowania jest twierdzenie, że naciekanie dużych naczyń nie jest związane z większą agresywnością guza a tylko z jego lokalizacją. Cel: Celem pracy była ocena wyników i ustalenie wskazań do resekcji żyły krezkowej/wrotnej u chorych operowanych z powodu raka głowy trzustki.

Materiał i metoda: W okresie od października 2010 do lutego 2015 spośród 211 wykonanych w tym czasie pankreatoduodenektomii u 11 (5,2%) chorych (9K, 2 M w wieku od 55 do 75 lat, średnio 66,5 lat) wykonano pankreatoduodenotomię z resekcją żyły krezkowej wrotnej w tym w jednym przypadku połączona z resekcją i rekonstrukcją t. wątrobowej prawej. Wskazaniem do pankreatoduodenektomii było rozpoznanie w badaniach obrazowych (TK, NMR) granicznie resekcyjnego guza głowy trzustki z naciekiem na naczynia żyłne. Stopień zaawansowania guza i obecność nacieku potwierdzano w czasie operacji. Resekcję głowy trzustki wykonywano w bloku wraz z fragmentem żyły krezkowej/ wrotnej, z następową rekonstrukcją bez wstawki żyłnej.

Wyniki: U 5 chorych wykonano resekcję odcinkową żyły krezkowej max. 3 cm z odtworzeniem końca do końca bez wstawki żyłnej. U 6 chorych resekcję klinową żyły z marginesem > 1 mm od guza. Powikłania wystąpiły u 7 chorych, w tym ciężkie, wymagające reoperacji u 3 chorych, zgon odnotowano u 1 chorej (w 9 dobie po reoperacji z powodu nieszczelności zespolenia trzustkowo – jelitowego z koniecznością wycięcia części obwodowej trzustki). U wszystkich chorych uzyskano resekcję R0. Średni okres hospitalizacji po operacji wynosił 25 dni (10 do 45 dni).

Wnioski: Wskazaniem do wykonania pankreatoduodenektomii z wycięciem żyły krezkowej wrotnej są guzy granicznie resekcyjne naciekaniem naczyń. Jest to zabieg relatywnie bezpieczny, z ryzykiem powikłań pooperacyjnych akceptowalnym, zbliżonym do ryzyka pankreatoduodenektomii z zachowaniem naczyń. Wyniki uzasadniają wykonywanie tego typu operacji, która powinna być przeprowadzana w ośrodkach referencyjnych .

SKUTECZNOŚĆ DRENAŻU PRZEZSKÓRNEGO W LECZENIU CIĘŻKICH POSTACI OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI

J. Snarska¹, M. Michalak², R. Suszkiewicz³, M. Kuciel³, K. Jacyna³, P. Stefaniak³, M. Światała⁴

1 - Katedra Chirurgii WNM UWM, Olsztyn

2 - Zakład Radiologii WNM UWM, ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

3 - Klinika Chirurgii ZOZ MSW z WMCO, Olsztyn

4 - Studenckie Koło Katedry Chirurgii WNM UWM, Olsztyn

Ciężka postać ostrego zapalenia trzustki to choroba ogólnoustrojowa niejednokrotnie kwalifikowana do leczenia w OIT, szczególnie przy wystąpieniu niewydolności oddechowej. Schorzeniu temu zwykle towarzyszy lub można określić, że jest następstwem niewydolności wielonarządowej ze współistniejącą sepsą. Informacje z literatury donoszą nadal o około 20% śmiertelności wśród chorych z tym ciężkim schorzeniem jamy brzusznej. W przeciągu ostatnich 7 lat leczono w Klinice Chirurgii Ogólnej z tego powodu 89 chorych w wieku od 23 do 84 lat, w tym są również chorzy leczeni i przenoszeni z i do w OIT. W przypadku tej grupy u 42 chorych zastosowano pierwotnie drenaż przezskórny zbiorników płynowych z tkankami martwiczymi lub treścią ropną pod kontrolą usg lub Tk. U 36 chorych z dobrym efektem terapeutycznym, w 2 przypadkach należało usunąć septyczną śledzionę (ropień) w dalszym przebiegu choroby, u pozostałych należało wykonać powtarzaną laparotomię z usunięciem tkanek martwiczych. Spośród obserwowanej grupy chorych do zejścia śmiertelnego doszło w 1 przypadku u chorego 84 letniego z powodu zakażenia *Clostridium difficile*, u 2 zakażenie grzybicze (sepsa), u 4 w OIT z powodu niewydolności wielonarządowej. W materiale dominują chorzy z alkoholową postacią ostrego zapalenia trzustki, 20% to chorzy z drugim lub nawet 3 epizodem tego schorzenia. Zalecenia: 1) W ciężkich postaciach OZT zabiegi operacyjne powinny być ograniczone tylko do przypadków w których nie ma możliwości wykonanie opróżnienia przezskórnego, bądź też jego zastosowanie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów, czy też wystąpiły powikłania. 2) W ciężkich postaciach OZT należy dużą wagę przywiązywać do właściwej antybiotykoterapii, żywienia poza i dojelitowego. 4) Uważnie monitorować bilans płynów, gospodarkę białkową ze szczególnym uwzględnieniem albumin i markery biochemiczne zapalenia. 5) Dołożyć również wszelkich starań w obserwacji zbiorników płynowych, z masami martwiczymi uwzględniając obrazowanie, tak żeby zabiegi drenażu przezskórnego nie zostały zastosowane przedwcześnie, a także utrzymać dłużej czynny drenaż.

MĘŻCZYZNA Z MARTWICĄ ROZPŁYWNĄ ŻOŁĄDKA.W. Witkiewicz¹

1 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław

44-letni mężczyzna przyjęty w trybie ostrodyżurowym z podejrzeniem ostrego zapalenia trzustki. W wywiadzie pacjent zgłaszał bóle zlokalizowane w śródbrzuszu, promieniujące do pleców oraz wymioty od 4 dni. Ból utrzymywał się od 4 dni i pojawił się po błędzie dietetycznym. W dniu przyjęcia oddawał gazy, gorączka 38 st. C., w badaniu fizykalnym brzuch napięty, tkliwy przy palpacji całego śródbrzusza wzmożona obrona mięśniowa, bez objawów otrzewnowych. W badaniach laboratoryjnych podwyższone wykładniki stanu zapalnego oraz biochemiczne wykładniki wątrobowo-trzustkowe. W RTG jamy brzusznej w obrębie śródbrzusza i podbrzusza widoczne są poziomy płynu w obrębie pętli jelitowych. Z powodu braku poprawy stanu pacjenta i nieustępowaniu dolegliwości bólowych po zastosowanym leczeniu objawowym, podjęto decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do laparotomii zwiadowczej. Śródoperacyjnie stwierdzono martwicę rozplywną żołądka, poprzecznicy, zstępnicy, sieci większej, znaczną ilość krwistego płynu przesiękowego w jamie brzusznej oraz zmienione zapalnie jelito cienkie, wykrzepnięte naczynia śledzionowe, wraz z podkrwawianiem z jej dolnego bieguna. Trzustka zmieniona zapalnie i obrzęknięta. Wykonano całokowitą gastrektomię, częściową lewostronną hemikolektomię, omentektomię oraz splenektomię, zaszywając przełyk (pozostawiając długie nici jako znacznik), dwunastnicę na wysokości odźwiernika oraz esicę. Pozostały fragment poprzecznicy wyłoniono w okolicy zgięcia wątrobowego w formie stomii jednolufowej. Nie zdecydowano się na założenie mikrojejunostomii. Stwierdzono toksyczne uszkodzenie narządów jamy brzusznej.

W 9 dobie po zabiegu operacyjnym, został zakwalifikowany do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego sposobem Roux-Y. Wypreparowano pętle jelita czczego z okolicy podprzeponowej, znad trzustki, przecinając i rozdzielając kreskę około 80cm od więzadła Treitze'a. Dystalny koniec jelita zespolono przy pomocy staplera okrężnego o śr. 25mm z końcem przełyku, wytwarzając niewielki zbiornik jelitowy. Kikut jelita zaopatrzono staplerem liniowym i zagłębiono szwami. Dodwunastniczy koniec jelita zespolono do boku jelita czczego około 60cm poniżej zespolenia z przełykiem. Pozostawiono stomię wyłonioną podczas pierwszego zabiegu. W 3 dobie po drugim zabiegu (13 doba hospitalizacji) pacjent został ekstubowany, w dobie 4 po zabiegu wdrożono dietę płynną, którą pacjent tolerował dobrze. Stopniowo wdrażano dietę lekkostrawną. W 26 dniu hospitalizacji został wypisany do domu.

OBJĘTOŚĆ PŁYTKI KRWI JAKO POTENCJALNY PREDYKTOR PROGRESJI RAKA ODBYTNICY.

M. Włodarczyk¹, J. Kasprzyk², A. Sobolewska³, J. Włodarczyk², J. Sobolewska², M. Tchórzewski¹, A. Dziki¹

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

2 - SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Medycznego w Łodzi, Łódź

3 - Klinika Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

Każdego roku w Polsce rozpoznaje się raka odbytnicy u około 6 tysięcy chorych. Leczenie operacyjne jest najważniejszym sposobem radykalnego usunięcia guza. Wyniki leczenia zależą od stopnia zaawansowania raka odbytnicy, a wczesne rozpoznanie jest kluczowe w zmniejszeniu śmiertelności. Dotychczasowe badania wykazały zależność między przewlekłym stanem zapalnym a podwyższonym ryzykiem rozwoju nowotworu przewodu pokarmowego. Sugeruje się, że średnia objętość płytki krwi (MPV) jest wskaźnikiem subklinicznego procesu zapalnego w przewodzie pokarmowym.

Cel pracy: Celem pracy jest określenie możliwości wykorzystania MPV jako potencjalnego wskaźnika rozwoju nowotworu złośliwego odbytnicy.

Metodyka: Do badania włączono 100 pacjentów z rozpoznaniem rakiem odbytnicy, którzy zostali zakwalifikowani do chirurgicznej resekcji guza w latach 2008-2014. Grupa kontrolna obejmowała 100 pacjentów, u których wykonano przesiewową, bezzmianową kolonoskopię. Osoby chorobami współistniejącymi, które mogłyby wpłynąć na wartość MPV zostały wykluczone z badania. W badaniu poddano analizie wartości MPV, rozmiar guza oraz stan kliniczny pacjentów.

Wyniki: MPV u pacjentów z rakiem odbytnicy przed operacją była istotnie statystycznie niższa w porównaniu do grupy kontrolnej ($10.65 \pm 0.79 \text{ fL}$ vs. $11.41 \pm 0.76 \text{ fL}$; $p < 0.001$). Na podstawie analizy krzywej ROC (receiver-operating characteristic curve) zasugerowano wartość 11.3 fL jako punkt odcięcia z czułością 83% oraz specyficznością 54% ($\text{AUC} = 0,745$). Wyniki badania wykazały statystycznie ujemną korelację pomiędzy przedoperacyjnym poziomem MPV a średnicą guza ($r = -0.310$, $p = 0.0002$). Resekcja guza skutkowała podwyższeniem MPV ze statystyczną znamiennością ($10.65 \pm 0.79 \text{ fL}$ vs. $11.21 \pm 0.82 \text{ fL}$; $p < 0.001$). Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między pooperacyjnymi wartościami MPV u osób chorych w stosunku do osób zdrowych ($11.21 \pm 0.82 \text{ fL}$ vs. $11.41 \pm 0.76 \text{ fL}$; $p = 0.053$).

Wnioski: U pacjentów z rakiem odbytnicy przedoperacyjny poziom MPV jest niższy w porównaniu z osobami zdrowymi. Istnieje również związek pomiędzy przedoperacyjnym poziomem MPV a rozmiarem guza. Pomiar poziomu MPV może być stosowany jako potencjalnie użyteczny i łatwo dostępny predyktor do monitorowania subklinicznego stanu zapalnego związanego z rakiem odbytnicy oraz progresją guza, jednak hipoteza ta powinna zostać zweryfikowana w dalszych badaniach.

WPLYW LECZENIA BIOLOGICZNEGO NA CZĘSTOŚĆ RESEKCJI JELITA U PACJENTÓW Z NIESWOISTYMI CHOROBYMI ZAPALNYMI JELIT.

M. Włodarczyk¹, P. Siwiński², E. Jędraszczyk², A. Zielińska², A. Sobolewska³, K. Stec-Michalska³, M. Wiśniewska-Jarosińska³

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

2 - SKN przy Klinice Gastroenterologii Uniwersytetu w Łodzi, Łódź

3 - Klinika Gastroenterologii Medycznego w Łodzi, Łódź

Terapia z wykorzystaniem preparatów przeciwko czynnikowi martwicy nowotworów alfa (anty-TNF- α) wykazała istotnie działanie redukujące ryzyko okaleczających zabiegów operacyjnych u pacjentów dotkniętych nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (NChZJ). Niestety, utarta odpowiedź na preparaty anty-TNF- α nadal stanowi istotny problem kliniczny wśród osób z NChZJ. Pomimo licznych badań wciąż nieznane pozostają czynniki prognostyczne utrzymania odpowiedzi na terapię biologiczną.

Cel: Celem tego badania było ustalenie wskaźnika częstości resekcji jelita jako wykładnika utraty odpowiedzi na terapię biologiczną oraz analiza możliwych czynników predykcyjnych ciężkiego, wymagające postępowania chirurgicznego zaostrzenia choroby podczas terapii anty-TNF α , u pacjentów z NChZJ.

Metodyka: Do badania zostało zakwalifikowanych 32 pacjentów Kliniki Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2008-2014 zakwalifikowanych do preparatami anty-TNF- α , którzy prawidłowo odpowiedzieli na indukcję remisji ocenianą w 14 tygodniu. Dane zostały zebrane w sposób retrospektywny ze szpitalnej bazy danych i obejmowały wiek, długość trwania choroby oraz wyniki badań laboratoryjnych pacjentów przed pierwszą dawką i po indukcji remisji. W analizie oceniano związek pomiędzy wybranymi parametrami a brakiem odpowiedzi na leczenie definiowanej jako konieczność przeprowadzenia chirurgicznej resekcji jelita.

Wyniki: W naszym badaniu utrata odpowiedzi na terapię biologiczną obserwowana była u 11 pacjentów (30,6%), którzy w konsekwencji zostali zakwalifikowani do zabiegu resekcyjnego. Czas trwania choroby przed rozpoczęciem terapii biologicznej była statystycznie dłuższy u pacjentów wymagających interwencji chirurgicznej (7.54 \pm 3.56l vs. 4.75 \pm 2.69l; p=0.019). Analiza wybranych parametrów laboratoryjnych ujawniła znamienne wyższą wartość białka C-reaktywnego (CRP) przed rozpoczęciem terapii anty-TNF- α oraz w 14 tygodniu w grupie pacjentów operowanych w porównaniu do grupy, która utrzymała prawidłową odpowiedź na terapię biologiczną (38.47mg/l \pm 44.24 vs. 18.65 \pm 24.08mg/l; p=0.032; 27.96 \pm 15.32mg/l vs. 9.04 \pm 14.72mg/l; p=0.039) . Wyniki wykazały także istotnie statystycznie niższą liczbę czerwonych krwinek (RBC) oraz hematokrytu (Hct) u pacjentów wymagających resekcji w 14 tygodniu terapii (RBC: 4.00 \pm 0.42x10⁶/ μ l vs. 4.43 \pm 0.44x10⁶/ μ l; p=0.019; Hct: 15.63 \pm 18.38% vs. 40.31 \pm 2.72%; p<0.001).

RAK W KIKUCIE ŻOŁĄDKA- DOŚWIADCZENIA WŁASNE

N. Wodyńska¹, Z. Kamocki¹, K. Zaręba¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Zjawisko raka w kikucie żołądka to pierwotny nowotwór wykryty w kikucie żołądka, w okresie nie krótszym niż pięć lat po zabiegu częściowej gastrektomii z powodu choroby nienowotworowej.

Celem pracy jest analiza przypadków raka w kikucie żołądka w materiale własnym pod względem ich odmienności kliniczno -morfologicznych oraz stopnia zaawansowania.

Materiał i metody: Grupa badana: sześciu mężczyzn w wieku od 61 do 81 lat, operowanych w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej UM w Białymstoku w latach 2001-2014 z powodu raka w kikucie żołądka. Dwóch chorych po zabiegu sposobem Rydygiera i czterech chorych po zabiegu sposobem Billroth II z powodu choroby wrzodowej. Średni okres od zabiegu operacyjnego do rozpoznania raka wynosił 28 lat. Wszyscy chorzy przeszli całkowitą gastrektomię sposobem Roux Y z limfadenektomią regionalną.

Wyniki: Lokalizacja raka : wpust-jeden przypadek, część środkowa i dystalna kikuta- trzy przypadki, część górna i środkowa kikuta -dwa przypadki. Cecha T: T4-dwóch chorych, T3-czterech chorych. Przerzuty do węzłów chłonnych: N0-dwóch chorych, N1-dwóch chorych, N3 dwóch chorych. Cecha M (przerzuty odległe): M0-jeden chory, M1-pięciu chorych. Typ histologiczny: rak mukocelularny- jeden chory, gruczolakorak cewkowy-pięciu chorych. Klasyfikacja Laurena: typ jelitowy-sześciu chorych.

Wnioski: Nie wykazano odmienności histologicznej typowej dla raka żołądka. Zaobserwowano natomiast skłonność do naciekania głębokich warstw ściany żołądka, tworzenia przerzutów do węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych- cechy charakterystyczne również dla raka żołądka o lokalizacji proksymalnej. Można zatem wnioskować, o braku cech charakterystycznych dla raka w kikucie żołądka i uznać, że odmienności tego rodzaju nowotworu wynikają z jego proksymalnej lokalizacji. Agresywny przebieg choroby stanowi natomiast argument przemawiający za objęciem chorych, po subtotalnej gastrektomii z powodu choroby wrzodowej badaniami kontrolnymi, które mogą być jedyną szansą wczesnego rozpoznania i wyleczenia.

MIKROBIOTA OKRĘŻNICY W DOŚWIADCZALNYM MODELU OSTREGO WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO U SZCZURÓW, ODPOWIADAJĄCEGO LUDZKIEMU WRZODZIEJĄCEMU ZAPALENIU OKRĘŻNICY.

R. Wojcysz¹, M. Strutyńska-Karpińska², M. Fleischer², A. Hałoń², K. Dudek², P. Czopnik²

1 - I Katedra i KLinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej. Uniwersytet Medyczny, Wrocław

2 - Uniwersytet Medyczny, Wrocław

Mimo trwających od lat poszukiwań nieswoiste zapalenia jelit są schorzeniami o dotąd nieznaną etiologią. Mikroflora jelitowa, zwana mikrobiotą wydaje się pełnić wciąż do końca niewyjaśnioną, ważną rolę w powstawaniu, rozwoju i podtrzymywaniu procesu zapalnego.

Cel pracy: Prześledzenie i porównanie zmian i przesunięć flory bakteryjnej w doświadczalnym modelu ostrego wrzodziejącego zapalenia okrężnicy w porównaniu do kontrolnych zdrowych zwierząt.

Metodyka: Do doświadczenia użyto 20 szczurów szczepu Wistar. Zwierzeta podzielono na dwie grupy doświadczalną i kontrolną. Zapalenie jelita wywoływano 5% roztworem soli sodowej siarczanu dextranu (DSS) w wodzie pitnej, podawanej przez 7 dni. Następnie zwierzęta usypiano. Do oceny histopatologicznej i mikrobiologicznej pobierano 3 cm fragment prostnicy. Dodatkowo pobierano próbki kału. Florę okrężnicy oceniano jakościowo i ilościowo oddzielnie w kale i tkance jelitowej. Identyfikację wyrosłych kolonii potwierdzano z zastosowaniem komercyjnych testów do identyfikacji bakterii.

Wyniki: W doświadczalnym ostrym zapaleniu jelita grubego zmiany architektoniczne typowe dla wrzodziejącego zapalenia potwierdzono u wszystkich zwierząt. Skład mikrobioty to: rodzina pałeczek jelitowych, w tym *Escherichia coli* (100% chorych i 80% zdrowych zwierząt), bakterie beztlenowe w tym *Clostridium* (50% tylko u chorych zwierząt), *Bacteroides* (30% chorych i 10% zdrowych zwierząt). Pałeczki *Lactobacillus* wystąpiły u 10% zwierząt doświadczalnych i 60% zwierząt z grupy kontrolnej. W wycinku jelita stwierdzono więcej rodzajów bakterii aniżeli w kale (różnica istotna statystycznie $p < 0,001$). Odsetek kolonii beztlenowców jest większy ($p = 0,016$) natomiast odsetek enterokoków jest istotnie mniejszy ($p = 0,035$) niż w grupie kontrolnej. Analiza ilościowa drobnoustrojów w kale (CFU/1g) wykazała największy odsetek bakterii chorobotwórczych w grupie doświadczalnej. Wzrost dotyczył także *E. coli* i bakterii beztlenowych. W grupie kontrolnej obserwowano istotną różnicę na korzyść liczby bakterii korzystnych w tym *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*.

Wnioski: 1. Obserwuje się znaczące statystycznie przesunięcia flory bakteryjnej w kierunku patogenów w doświadczalnym ostrym zapaleniu jelita grubego zarówno w treści jak i w tkance jelitowej. 2. W wycinku jelita zaobserwowano liczniejsze grupy bakterii chorobotwórczych aniżeli w kale. 3. Odsetek ilościowy korzystnych szczepów bakteryjnych, zdecydowanie wyższy dotyczy tylko grupy zdrowych zwierząt.

LAPAROSKOPOWE LECZENIE ACHALAZJI W LATACH 2008-2014 W MATERIALE WŁASNYM

T. Wysocki¹, M. Dobosz¹, P. Rogoza¹, K. Rogalski¹, W. Nowobilski¹

1 - Copernicus Podmiot Leczniczy Sp.z o.o., Gdańsk

Kurcz wpustu (achlasia cardia) jest chorobą czynnościową, powodującą w skrajnych przypadkach zaburzenie a nawet uniemożliwiającą połykanie pokarmów. Prowadzi to do spadku masy ciała i wyniszczenia. Wyniki leczenia z zastosowaniem metod zachowawczych są niezadowalające. Podstawowym sposobem leczenia pozostaje postępowanie chirurgiczne.

Celem pracy jest retrospektywna ocena wczesnych i odległych wyników laparoskopowego leczenia achalazji wpustu.

Materiał i metody: W latach 2008-2014 leczono laparoskopowo w naszym oddziale 35 chorych z rozpoznaną achalazją wpustu. W tej grupie było 19 kobiet i 16 mężczyzn w wieku od 17 do 75 lat (średnia wieku 51 lat). U wszystkich chorych wykonano laparoskopową kardiomiomię sposobem Hellera a następnie fundoplikację sposobem Dor'a. Oceniano: czas zabiegu, powikłania śródoperacyjne i wczesne pooperacyjne, subiektywną ocenę poprawy połykania we wczesnym okresie pooperacyjnym oraz czas hospitalizacji. W celu zbadania odległych wyników do wszystkich operowanych chorych wysyłano pocztą ankiety lub kontaktowano się z nimi telefonicznie.

Wyniki: U 2 chorych wykonano konwersję do zabiegów otwartych. U 5 chorych śródoperacyjnie rozpoznano mikroperforacje przełyku, które zaopatrzone szwami bez konwersji do laparotomii, nie obserwując powikłań pooperacyjnych. Jedną chorą reoperowano w po 3 godzinach z powodu krwotoku do jamy otrzewnowej. Średni czas pobytu w szpitalu po zabiegu wynosił 3,5 doby. Wszyscy chorzy podawali subiektywną poprawę połykania po zabiegu operacyjnym. Kolejnym etapem pracy jest ocena wyników odległych, po leczeniu chirurgicznym achalazji wpustu. Oceniając wyniki odległe uzyskaliśmy kontakt z 69% operowanych chorych. U wszystkich z nich, po zabiegu nastąpił przyrost masy ciała. Większość (16 chorych) oceniała subiektywną poprawę połykania jako stałą. 4 chorych uważało, że w okresie od 3 do 7 miesięcy od zabiegu komfort połykania zaczął się pogarszać, ale nadal był lepszy niż przed zabiegiem. Troje chorych, ze względu na stwierdzone radiologicznie i endoskopowe zwężenie wpustu wymagało endoskopowego poszerzenia miejsca zwężenia z użyciem balonu, z dobrym wynikiem. 1 chora była ponownie reperowana, metodą klasyczną, poza naszym ośrodkiem.

Wnioski: Na podstawie naszych obserwacji, laparoskopowa kardiomiomia z fundoplikacją Dora jest skutecznym i bezpiecznym sposobem leczenia achalazji, dającym dobre wyniki wczesne, oraz odległe.

OCENA STANU KLINICZNEGO CHORYCH LECZONYCH OPERACYJNIE Z POWODU RAKA GŁOWY TRZUSTKI

K. Zaręba¹, D. Cepowicz¹, Z. Kamocki¹, R. Bandurski¹, N. Wodyńska¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Częstość występowania raka trzustki stale rośnie. W Europie stwierdza się około 50 tysięcy przypadków rocznie. Choroba ta nierzadko prowadzi do znacznego wyniszczenia pacjenta, co może być jej pierwszym symptomem.

Cel pracy: Celem pracy była ocena stanu odżywienia u pacjentów operowanych z powodu raka głowy trzustki w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Białymstoku w latach 2008- 2012.

Metodyka: Analizie poddano 93 chorych ze zdiagnozowanym rakiem głowy trzustki (47 kobiet i 46 mężczyzn). Średnia wieku badanych chorych wynosiła 63 lata. Podczas analizy oceniano BIM chorego, utratę masy ciała, oraz wyniki badań laboratoryjnych (morfologia, białko całkowite, albumina).

Wyniki: Przy przyjęciu u 26% chorych stwierdzano cechy niedożywienia, u 55 % stwierdzono spadek masy ciała (od 8 do 25 kg w czasie 6 miesięcy, średnio 14.5 kg). Średnia wartość BMI plasowała się w granicy 16.5. Hipoproteinemię obserwowano u 40% badanych (średnia wartość 5.34 g / dl) a hipoalbuminemię u 44% (średnio 3.05 g / dL). W czasie przyjęcia do szpitala u 60% kobiet i 93% mężczyzn stwierdzano anemizację, w różnym zakresie ciężkości. U 50 % pacjentek stwierdzano anemię małego stopnia (11.9 do 10.4g/dl) natomiast średniego stopnia anemię stwierdzano u 9% badanych kobiet (8.4- 9.9g/dl). 75 % mężczyzn miało anemię małego stopnia (10.3- 13.5 g / dl), a u 17% występowała anemia średniego stopnia (8.9- 9.6 g/dl) u 34% mężczyzn stwierdzono anemię dużego stopnia (6.6- 7.2 g/dl).

Wnioski: Biorąc pod uwagę wyniki powyższego badania można stwierdzić iż różnego stopnia anemia i niedożywienie są częstymi objawami które współwystępują z rakiem głowy trzustki. Wartości BMI u chorych często nie odzwierciedlają rzeczywistego stanu odżywienia chorych.

PORÓWNANIE BIOLOGII NATURALNEJ RAKA ŻOŁĄDKA W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU CHORYCH

K. Zaręba¹, R. Bandurski¹, M. Gryko¹, D. Cepowicz¹, Z. Kamocki¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

Rak żołądka jest piątym co do częstości występowania nowotworem. We wczesnym stadium często jest asymptomatyczny bądź też daje nie specyficzne objawy.

Cel pracy: Porównanie stopnia zaawansowania, typu histopatologicznego, długości przeżycia i objawów występujących u chorych z rakiem żołądka w zależności od wieku 4 grupach wiekowych: do 40 r.ż., od 41 -60, 61-70rż i powyżej 70 roku życia.

Materiał i Metody: Analizie 189 chorych leczonych operacyjnie w II Klinice Chirurgii ogólnej i Gastroenterologicznej z powodu raka żołądka Pacjentów podzielono na 4 grupy w zależności od wieku. Grupę I stanowiło 14 chorych w wieku do 40 rż. W grupie II znalazło się 78 pacjentów w wieku od 41-60 lat. Grupę III stanowiło 46 chorych w wieku 61-70 lat. W IV grupie znalazło się 51 chorych powyżej 70 roku życia.

Wyniki: Najczęściej zgłaszanym objawem był niecharakterystyczny ból brzucha które występowały we wszystkich grupach wiekowych; największą utratę masy odnotowano u chorych powyżej 70 r.ż. średnio niecałe 6 kg. Stwierdzono wyraźne różnice co do typu raka wg Laurena. I tak w grupie I zdecydowanie najczęściej występował typ rozlany. W grupie IV dominował typ jelitowy. Najdłuższe średnie przeżycie występowało w grupie 41- 60 lat, średnio powyżej 2,5 roku ; najkrótsze zaś w grupie poniżej 40 r.ż. i wynosiło niecały rok.

Wnioski: Rak żołądka najczęściej jest wykrywany w 5- 6 dekadzie życia. Brak jest charakterystycznych objawów. Im młodszy wiek chorych tym większy stopień zaawansowania zmiany w chwili wykrycia i gorsze rokowanie. U ludzi młodych dominuje typ rozlany wg Laurena.

WYSTĘPOWANIE PRZERZUTÓW DO REGIONALNYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH W ZALEŻNOŚCI OD WIELKOŚCI I LOKALIZACJI RAKA JELITA GRUBEGO

K. Zaręba¹, Z. Kamocki¹, J. Mądra², M. Kasprowicz², Ł. Gabiec¹, B. Kędra¹

1 - II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Białystok

2 - SKN przy II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Białystok

Rak jelita grubego jest obecnie jednym z najczęściej wykrywanych nowotworów. Zgodnie z danymi Narodowego Rejestru Nowotworów w 2011 roku stwierdzono 15926 nowych zachorowań na raka jelita grubego i odbytnicy.

Cel pracy: Celem pracy była analiza częstości występowania przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych w zależności od lokalizacji i zaawansowania miejscowego raka jelita grubego.

Metodyka: Przeanalizowano 296 przypadków chorych z rozpoznaniem rakiem jelita grubego leczonych operacyjnie w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Białymstoku. W grupie tej znalazło się 173 mężczyzn i 123 kobiety. Średnia wieku chorych wynosiła 67 lat. Najmłodsza pacjentka miała 23 lata a najstarsza 95 lat.

Wyniki: Przerzuty do węzłów chłonnych stwierdzono w 117 przypadkach co stanowiło 40% badanych. Podczas wykonywanych zabiegów usuwano średnio 15 regionalnych węzłów chłonnych (od 2 do 49 węzłów chłonnych). W badaniu histopatologicznym przerzuty stwierdzano średnio w 6 węzłach chłonnych (od 1 do 48 węzłów chłonnych). W przypadku zmian T1 nie stwierdzano przerzutów do węzłów chłonnych, u chorych z guzem T2 przerzuty stwierdzono u 2 chorych na 18 badanych. Wśród 262 pacjentów z rozpoznaniem guzem T3 przerzuty wykryto u 109. Guz T4 stwierdzono u 11 chorych w tym u 6 zajęte były węzły chłonne. W badaniu histopatologicznym przerzuty stwierdzano średnio w 6 węzłach chłonnych (od 1 do 48 węzłów chłonnych). Średnia liczba zajętych węzłów chłonnych w zależności od lokalizacji przedstawiała się następująco: kątnica- 5, wstępnica- 8, zagięcie wątrobowe- 6, poprzecznicza- 6, zagięcie śledzionowe 3, zstępnica 2, esica 5, odbytnica- 6. Przerzuty do wątroby stwierdzono u 26 chorych. U 8 chorych guz zlokalizowany był po prawej stronie okrężnicy, u pozostałych 18 po stronie lewej.

Wnioski: Przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych stwierdzano najczęściej u chorych z rakiem zlokalizowanym w esicy (47 chorych) i odbytnicy (26 chorych). Najrzadziej przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych stwierdzano u chorych ze zmianą zlokalizowaną w zstępnicy (4). Na podstawie powyższego badania można przypuszczać iż guzy lewej połowy okrężnicy niezależnie od stopnia zaawansowania miejscowego dają częściej przerzuty do wątroby.

LECZENIE CHIRURGICZNE PRZETOK ODBYTNICZO-POCHWOWYCH – 10 LAT DOŚWIADCZEŃ W OŚRODKU TRZECIEJ REFERENCYJNOŚCI.

P. Zelga¹, E. Sira², M. Włodarczyk³, Ł. Dziki³, A. Dziki³

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

2 - SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

3 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

Przetoka odbytniczno-pochwowa (RVF) jest przewlekłym i ciężkim schorzeniem ze znaczącym wpływem na jakość życia pacjenta. Z uwagi na różnorodną etiologię i konieczność wykonania trudnych technicznie zabiegów, odległe wyniki leczenia pozostają nadal niesatysfakcjonujące, a częste nawroty choroby są obserwowane. Leczenie RVF pozostaje nadal wyzwaniem dla chirurga i wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta.

Cel: Ocena wyników leczenia chirurgicznego RVF zależności od etiologii.

Materiał i metody: 94 kobiety operowane w Klinice Chirurgii powodu RVF w latach 2003–2014 zostało wprowadzonych do bazy danych zawierającej pełne informacje dotyczące leczenia chirurgicznego. W tej grupie, 82 pacjentki poddano następnie follow-up w poradni chirurgicznej aż do 5 lat po operacji. Następnie wykonano retrospektywną analizę otrzymanych wyników. Zebrane dane zanalizowano pod kątem czynników wpływających na pozytywny wynik leczenia chirurgicznego oraz wczesnych i odległych wyników leczenia chirurgicznego przetok.

Wyniki: Etiologie przetok były następujące: popromienne (63 pacjentów), w przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit (IBD) (6 pacjentów), poporodowe (5), uraz okolicy okołoodbytniczej (2), w przebiegu raka (8) i inne (10). Mediana wieku pacjentów różniła się statystycznie pomiędzy grupami (poporodowe - 31 lat; popromienne - 60 lat; w przebiegu IBD - 44 lat; pourazowe - 35 lat, w przebiegu raka - 63 lat, inne - 38 lata). Mediana czasu obserwacji wynosiła 3 lata. Najlepsze wyniki leczenia uzyskano w grupie pacjentów z etiologią poporodową (80% zagojonych przetok). Zadowalające wyniki osiągnięto w grupie pourazowej oraz z inną etiologią (75% zagojonych przetok). W grupie popromiennych RVF, u 95 % pacjentek wyłoniono stomię, co pozwoliło na zagojenie się przetoki u 10 pacjentek (15,9%), wśród których u 5 odtworzono następnie ciągłość przewodu pokarmowego. W grupie chorych na raka, przetoka zagoiła się u 2 pacjentek (25%). W analizie wieloczynnikowej, wiek pacjentek poniżej 60 lat, obecność wysokiej przetoki oraz brak historii nowotworowej w wywiadzie były niezależnymi czynnikami prognostycznymi zagojenia się przetoki odbytniczno-pochwowej.

Wnioski: Wyniki leczenia zależą w znacznym stopniu od etiologii RVF i czynników związanych z pacjentem (wiek, choroby współistniejące). Kompleksowe podejście do leczenia RVF jest niezbędne w celu uzyskania optymalnych wyników.

AGRESYWNE POSTACIE RAKA PIERWOTNEGO WĄTROBY TYPU HCC

D. Zielińska¹, J. Pawełczyk¹, A. Hałoń², D. Patrzalek¹, D. Janczak¹

1 - Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, WROCŁAW

2 - Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, WROCŁAW

Rak pierwotny wątroby rozwija się najczęściej na podłożu marskości wątroby o różnym tle-najczęściej to zakażenie HBV, HCV lub tło alkoholowe.HCC często przez długi okres przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo.W poniższej pracy przedstawiono opis przypadków postaci agresywnego HCC bez podłoża marskości z przerzutami pozawątrobowymi.

Opis:

1.38 letnia kobieta. W wywiadzie stan po resekcji segmentów 2,3 w 2012 z powodu HCC.W kontrolnym TK w 2013 podejrzenie przerzutów do obu nadnerczy. Hospitalizowana w 4 WSK w dniach 30.12.2013-08.01.2014.W trakcie przygotowań do zabiegu konsultowana kardiologicznie z powodu zmian w zapisie EGK.W wykonanych badaniach USG i TK rozpoznano guza prawej komory serca .Dodatkowo w wątrobie liczne zmiany guzowate. Zdyskwalifikowana z leczenia operacyjnego. Zmarła w 2014 roku. W sekcji pośmiertnej zwłok potwierdzono HCC ze zmian w wątrobie, nadnerczach i sercu.

2.59 letni mężczyzna. W wywiadzie stan po resekcji segm.2,3,4 w maju 2009 z powodu HCC oraz po RTA zmian guzowatych w wątrobie we wrześniu 2009.Przyjęty 11.04.2014 na oddział celem wykonania biopsji chirurgicznej olbrzymiego guza ok.prawego talerza biodrowego. Chory w trakcie kwalifikacji do leczenia teleradioterapią. W badaniu hist-pat z guza stwierdzono HCC.

3.67 letnia kobieta.W wywiadzie stan po resekcji guza okrężnicy z powodu GISTa (2011),leczona preparatem Glivec.W kontrolnych badaniach TK (2013)olbrzymi guz prawego płata wątroby-podejrzenie wznowy procesu npl. Zakwalifikowana do embolizacji prawej gałęzi żyły wrotnej(12.2013) a następnie operowana(02.2014).Wykonano resekcję segm.5-8 z guzem(masa guza ok.3 kg).Dodatkowo wykonano RTA guzków w segm.2 i 4a.W badaniu hist-pat stwierdzono HCC.W lipcu 2014 ponownie operowana z powodu wznowy pozawątrobowej HCC.Stwierdzono rozsiany proces npl.jamy brzusznej. Z pobranych wycinków potwierdzono HCC.

Podsumowanie: HCC w zdecydowanej większości rozwija się na podłożu marskości na różnym tle . Przedstawione powyżej przypadki pokazują bardzo agresywne postaci HCC bez współistniejącego podłoża marskości.Pojawienie się przerzutów pozawątrobowych znacznie pogarsza rokowanie.

EMBOlizacja ZMIAN ogniskowych w WĄTRObie w MATERIALE KLINIKI ChIRURGICZNEJ 4 WSK WE WROcŁAWIU.

D. Zielińska¹, J. Pawełczyk¹, J. Garcarek², D. Patrzalek¹, D. Janczak¹

1 - Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, WROcŁAW

2 - Uniwersytet Medyczny im. Piastów ŚlĄskich, WROcŁAW

Embolizacja guzów wątroby jest alternatywną metodą leczenia nieoperacyjnych zmian wątroby. Dotyczy ona zamykania odgałęzień tętnic wątrobowych lub żyły wrotnej. Embolizacje w 4WSK wykonuje się od 2013.

Cel pracy: Przedstawienie embolizacji jako metody leczenia nieoperacyjnych guzów wątroby. Zastosowanie jej w przypadkach leczenia paliatywnego u pacjentów, którzy nie kwalifikują się do operacji oraz jako metodę w przypadkach guzów o przywnekowej lokalizacji oraz jako zabieg umożliwiający rozległe resekcje poprzez przerost. kontralateralny do miejsca embolizacji mięjszu wątroby.

Metodyka: Badaniem objęto 24 przypadków embolizacji wykonanych u 21 osób (12 mężczyzn i 9 kobiet) w latach 2013-2015. 16 przypadków selektywnej embolizacji dotętnicznej i 8 przypadków embolizacji prawej gałęzi żyły wrotnej. Embolizacje dotyczyły 6 zmian łagodnych i 15 złośliwych. Dwóch pacjentów miało powtarzany zabieg embolizacji z powodu rozległości zmian guzowatych - było to leczenie etapowe.

Wyniki: U 8 pacjentów wykonano embolizację prawej gałęzi wrotnej z czego 6 osób następnie operowano a u dwojga była to embolizacja paliatywna. Embolizacje dotętniczne: paliatywne u 4 pacjentów nowotworowych, 4 u pacjentów z naczyniakami, które doprowadziły do zmniejszenia guzów i odstąpienia od leczenia operacyjnego, u 5 pacjentów umożliwiły przeprowadzenie leczenia operacyjnego dzięki przerostowi lewej części wątroby. U dwóch pacjentów po hemihepatektomii prawostronnej z marskością wątroby pozapalną HBV oraz z cukrzycą typ II wystąpiły objawy przemijającej niewydolności wątroby. Zgony stwierdzono u 3 pacjentów: jeden z powodu wstrząsu krwotocznego okołoperacyjnego, dwa z powodu progresji choroby nowotworowej.

Wnioski: Jest to skuteczna metoda jako wstępne przygotowanie do rozległych resekcji wątroby u pacjentów ze zdrowym mięjszem wątroby. U pacjentów z marskością wątroby nie uzyskano odpowiedniego przerostu wątroby dającego prawidłowe funkcjonowanie pozostawionego po resekcji mięjszu. W przypadku naczyniaków jest to metoda umożliwiająca uniknięcie operacji przez zmniejszenie się masy guza lub umożliwienie rozległej resekcji.

ŁAGODNE GUZY WĄTROBY .WSKAZANIA I WYNIKI LECZENIA NA PODSTAWIE MATERIAŁU KLINIKI CHIRURGII 4 WSK.

D. Zielińska¹, J. Pawełczyk¹, J. Garcarek², D. Patrzalek¹, D. Janczak¹

1 - Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, WROCŁAW

2 - Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, WROCŁAW

Guzy łagodne (naczyniaki i FNH) wątroby są zmianami, które w większości pozostają w obserwacji. Jest jednak grupa, która wymaga leczenia ze względu na szybki wzrost, efekt masy, ucisk na żyłę wrotną lub żyłę czczą. W naszej Klinice kwalifikuje się pacjentów ze wskazanej podgrupy do leczenia operacyjnego oraz do embolizacji dotętnicznej.

Cel pracy: Przedstawienie wskazań do leczenia (operacyjnego lub embolizacji) oraz wyników leczenia zmian łagodnych wątroby.

Metodyka: Do leczenia operacyjnego kwalifikowano zmiany w TK opisywane jako naczyniaki i FNH duże powyżej 10 cm, uciskające na sąsiednie narządy, dające objawy oraz te o szybkim wzroście oraz mniejsze ale o płożeniu centralnym. Do embolizacji zakwalifikowano zmiany bardzo duże, uznane za nieoperacyjne.

Wyniki: Do operacji zakwalifikowano 34 pacjentów z potencjalnie zmianami łagodnymi z czego jedna okazała się w badaniu hist-pat HCC. Do embolizacji zakwalifikowano 6 pacjentów wśród nich dwóch operowano- w badaniu hist-pat potwierdzono naczyniaka, czterech pozostawiono w obserwacji. U jednego z olbrzymim naczyniakiem lewego płata oraz naczyniakami prawego płata wykonano embolizację dotętniczną guza trzykrotnie -nie zaobserwowano zmniejszenia się guza. Chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego- wykonano resekcję segmentów 2,3,4,5. U czwórki pacjentów wykonano embolizację z bleomycyną. W tych przypadkach zaobserwowano zmniejszenie się zmiany.

Wnioski: Łagodne guzy wątroby są wskazaniem do leczenia. Embolizacja jest mało skuteczna w naczyniakach wątroby. Ze wstępnych wyników wydają się, że embolizacja z bleomycyną jest metodą skuteczniejszą. Naszym zdaniem należy być agresywnym w leczeniu zmian uważanych za łagodne w sytuacjach opisywanych powyżej.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA PO TRANSPLANTACJI NERKI

K. Hap¹, W. Hap², E. Frejlich², K. Koulski², J. Rudno-Rudzińska², W. Kielan²

1 - Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

2 - II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław

Ostateczną metodą leczenia pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek jest transplantacja nerki. Uzupełnieniem udanego przeszczepu jest odpowiednia rehabilitacja, której nadrzędnym celem jest poprawa jakości życia chorych. Indywidualnie dostosowany program rehabilitacyjny stopniowo zwiększa wydolność fizyczną pacjentów poprzez wzmocnienie siły mięśniowej i poprawę wydolności tlenowej organizmu pacjenta. Działania rehabilitacyjne po zabiegu transplantacji dzielą się na trzy zasadnicze okresy: okres przedoperacyjny, okres pooperacyjny oraz późny okres pooperacyjny. Przywrócenie odpowiedniego poziomu energii i poprawa samopoczucia powinny pozwolić na powrót do działań podejmowanych przed niewydolnością nerek. Promocja aktywnego stylu życia powinna trwać przez całe życie biorcy.

POWIKŁANIA CHIRURGICZNE U PACJENTÓW PO PRZESZCZEPIENIU NERKI – DOŚWIADCZENIA WŁASNE OŚRODKA W LATACH 2010-2015

P. Puskiewicz¹, B. Januszko-Giergielewicz², L. Adadyński³, P. Malinowski⁴, Ł. Smyk⁵, M. Grabala³

1 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Olsztyn

2 - Zakład Medycyny Rodzinnej, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski., Olsztyn

3 - Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie., Olsztyn

4 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie., Olsztyn

5 - Katedra Farmakologii i Toksykologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

Program przeszczepiania nerek (KTx) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jest realizowany od 2010 r. na bazie Oddziału Transplantologicznego, zorganizowanego przy Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej. Zabieg KTx podobnie jak inne zabiegi chirurgiczne wiąże się z możliwością występowania powikłań chirurgicznych zwłaszcza we wczesnym okresie potransplantacyjnym.

Celem badania była analiza częstości występowania powikłań chirurgicznych u pacjentów po KTx w materiale własnym Oddziału Transplantologicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Wyniki : Przeanalizowano dokumentację medyczną 121 pacjentów po Tx nerki (pKTx) od dawcy zmarłego w okresie od 27.11.2010 r. do 30.04.2015 r. Powikłania chirurgiczne: - obfity chłonkotok przez ranę pooperacyjną 1 pKTx oraz do przestrzeni okołonerkowej 2 pKTx (w obydwu przypadkach konieczność aspiracji/drenażu zewnętrznego). Powikłania krwotoczne: - 10 pacjentów wymagało reoperacji z powodu krwiaka okołonerkowego, 3 pacjentów krwiak był powodem dwukrotnej rewizji nerki przeszczepionej. - obfite krwawienie z rany – 3 pKTx (w dokumentacji krwawienia określane jako poheparynowe) - krwiak w ranie pooperacyjnej i/lub powłokach – 3 pKTx (jeden pacjent wymagał operacyjnego opróżnienia krwiaka). Powikłania naczyniowe: Zakrzepicę naczyń NP stwierdzono w 3 przypadkach: - u 2 pKTx była to zakrzepica tętnicza (w obydwu przypadkach konieczna była reoperacja) - zakrzepica żyły nerkowej wystąpiła u 1 pKTx (leczona zachowawczo z dobrym efektem) - zwężenie tętnicy nerkowej stwierdzono w jednym przypadku (leczona PTA z implantacją stentu). Z powikłań urologicznych stwierdzono 3 przypadki przecieku moczu (w tym 2 pKTx wymagało reoperacji) oraz zwężenie moczowodu KTx (reoperacja). Odnotowano 4/121 zgony, żaden nie był spowodowany powikłaniami chirurgicznymi (zapalenie płuc i ARDS oraz OZT o ciężkim przebiegu). W sumie wykonano 18 reoperacji. 116 Pacjentów wypisano z Oddziału z zadowolającą funkcją KTx

Wnioski: Pomimo małej liczebności grupy przebadanych pKTx uzyskane przez ośrodek olsztyński pierwsze wczesne wyniki nie przekraczają znacząco szacunkowych danych, zaczerpniętych z literatury światowej. Efekty 5 letniej pracy i coraz większe doświadczenie to dobry prognostyk dla programu przeszczepiania narządów w Olsztynie.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI STUDENCKIEGO KOŁA SYMPATYKÓW TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH

A. Przywózka¹

1 - Studenckie Koło Sympatyków Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawa

Decyzja o powołaniu Studenckiego Klubu Sympatyków Towarzystwa Chirurgów Polskich miała miejsce 8 października 2014 roku w trakcie Posiedzenia Zarządu Głównego TChP w Lublinie. Konieczność utworzenia Klubu spowodowana była faktem, iż podobnie jak w środowisku członków zwyczajnych, bardzo trudno jest stwierdzić faktyczną liczbę młodych chirurgów, członków terenowych Kół Młodych Chirurgów TChP. Dodatkowo problem stanowi deficyt młodych chirurgów w środowisku medycznym.

Statystyki podają, że średnia wieku polskiego chirurga to 55 lat. Inicjatywa jaką jest Klub ma na celu zachęcić młodych medyków, a w szczególności studentów medycyny do rozwijania zainteresowań z zakresu chirurgii oraz dziedzin pokrewnych, propagowania szerokiego udziału studentów i przyszłych lekarzy w pracach Towarzystwa Chirurgów Polskich, pomocy w rozwoju naukowym członków oraz integrację. Pragniemy również rozpocząć dyskusję na temat dostępności miejsc rezydenckich w specjalizacji jaką jest chirurgia ogólna. W każdym mieście, w którym znajduje się uczelnia medyczna planowane jest pozyskanie członków, którzy mają za zadanie wspierać Towarzystwo zarówno na szczeblu lokalnym jak i ogólnopolskim. Pragniemy gorąco zachęcić studentów medycyny, a w szczególności członków Studenckich Towarzystw Naukowych w całej Polsce do przyłączenia się do Studenckiego Klubu Sympatyków TChP. Pomimo, iż jest to nowa inicjatywa liczymy na poparcie oraz włączenie się w tworzenie struktur oraz pomysłów co do dalszego funkcjonowania. W planach znajduje się m.in.: zaangażowania studentów w działalność naukową jednostek klinicznych o profilu chirurgicznym, organizację konferencji, pozyskiwanie preferencyjnych dla studentów opłat konferencyjnych na konferencje dla lekarzy i inne.

Członkiem może zostać każdy student medycyny, niezależnie od roku oraz lekarze stażyści. Członkostwo jest bezpłatne i dobrowolne. Członkostwo ustaje wraz z uzyskaniem pełnego prawa wykonywania zawodu. Klub działała pod kierownictwem Koła Młodych Chirurgów TChP. Chcielibyśmy gorąco zachęcić wszystkich studentów medycyny i lekarzy stażystów do wstępowania w szeregi Studenckiego Klubu Sympatyków TChP.

PREFERENCJE PACJENTÓW CO DO LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO BADANIE PRZEDMIOTOWE ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM BADANIA PER RECTUM.

J. Sobolewska¹, M. Szewczyk¹, M. Włodarczyk², A. Sobolewska³, J. Kasprzyk¹, Ł. Dziki², A. Dziki²

1 - SKN przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

2 - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

3 - Klinika Gastroenterologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź

Badanie per rectum jest jednym z podstawowych badań lekarskich stosowanych. Ze względu na intymny charakter badania poczucie komfortu podczas jego trwania może odgrywać istotny wpływ na dobrostan pacjenta. Preferencje pacjenta dotyczące lekarza wykonującego badanie per rectum jest jednym z głównych czynników mogących wpływać jego samopoczucie. Stres związany badaniem per rectum może mieć negatywny wpływ na przestrzeganie zaleceń terapii i odległe wyniki leczenia.

Cel pracy: Celem pracy było określenie preferencji pacjenta w zależności od jego płci, wieku, statusu społeczno-ekonomicznego oraz przekonań religijnych dotyczących lekarza wykonującego badanie per rectum.

Do badania włączono pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2014-2015. Badani zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariusza na temat preferencji dotyczących lekarza przeprowadzającego badanie per rectum podczas przyjęcia na oddział chirurgiczny. Kwestionariusz obejmował 2 pytania otwarte oraz 15 pytań zamkniętych.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 300 pacjentów, spośród których 52% (n=156) stanowiły kobiety, a 48% (n=144) mężczyźni. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji był rak jelita grubego 39% (n=117). Większość pacjentów (81%, n=244) nie wyraziła preferencji w stosunku do płci lekarza wykonującego badanie per rectum podczas przyjęcia, podczas gdy 12% (n=36) preferowano lekarza tej samej płci. Analiza regresji logistycznej wykazała, że wiek (OR 0,96; 95% CI 0,92-0,99), płeć żeńska (OR 0,27; 95% CI 0,09-0,81), wyższe wykształcenie (OR 14,02; 95% CI 5,01-39,19), choroby współistniejące (OR 16,48; 95% CI 3,75-72,34) oraz badanie per rectum w przeszłości (OR 18,94; 95% CI 3,52-101,90) były związane z preferencją lekarza tej samej płci. 41% (n=124) pacjentów preferuje być badanym przez dojrzałego lekarza (30-60 roku życia), 3% (n=8) przez młodego lekarza (rezydenta), 1% (n=4) przez starszego lekarza (powyżej 60 roku życia), podczas gdy 55% (n=164) pacjentów nie ma preferencji co do wieku badającego.

Większość pacjentów nie wyraziła preferencji co do płci lekarza wykonującego badanie per rectum podczas przyjęcia na oddział chirurgiczny. Jednak dla ponad jednej dziesiątej pacjentów ma ona istotne znaczenie, pacjenci wolą być badani przez lekarza własnej płci. Zwracając uwagę na preferencję pacjentów możemy w poprawić komfort psychiczny i fizyczny pacjentów, co może mieć wpływa na lepszą współpracę lekarz-pacjent.

ENDOSKOPOWA DYSSEKCJA PODŚLUZÓWKOWA W POLSCE – JAK ZACZAĆ?

M. Spychalski¹

1 - Centrum Leczenia Jelit, Szpital Specjalistyczny w Brzezinach, Brzeziny

Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa (ang. endoscopic submucosal dissection –ESD) to nowa metoda leczenia endoskopowego wczesnych postaci nowotworów przewodu pokarmowego. Pomimo, że jest to metoda trudna technicznie i obarczona jest istotnym ryzykiem powikłań, ESD zdobywa coraz większą popularność. Wiąże się to z bardzo dobrymi wynikami leczenia chorych na wczesne postacie nowotworów jelita grubego. Istotnym problemem we wdrożeniu techniki do rutynowej praktyki klinicznej w Polsce jest brak możliwości bezpośredniej implementacji sposobu nauki tej techniki z Japonii.

Cele pracy i Metodyka: W prezentowanej pracy analizie poddano wytyczne japońskie oraz europejskie dotyczące sposobów wdrożenia ESD. Omówiono również etapy szkolenia autora pracy, wymagania sprzętowe oraz nowe możliwości szkolenia dostępne w Polsce i Europie pozwalające na łatwiejsze wdrożenie ESD do rutynowej praktyki klinicznej.

Wyniki i Wnioski: Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa to najskuteczniejsza metoda leczenia endoskopowego wczesnych postaci nowotworów przewodu pokarmowego. Jej wdrożenie wymaga odpowiedniego przygotowania merytorycznego oraz zaplecza sprzętowego. Właściwy etap szkolenia pozwala na minimalizację ryzyka poważnych powikłań oraz zwiększa odsetek resekcji en block usuwanych guzów co bezpośrednio przekłada się na wyniki leczenia. Skuteczna implementacja ESD do rutynowej praktyki klinicznej jest możliwa do przeprowadzenia w Polsce.

CZY CHIRURDZY PODCZAS ZABIEGÓW OPERACYJNYCH STOSUJĄ PODWÓJNE RĘKAWICZKI ? – WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO

D. Walczak¹, D. Pawełczak², A. Żółtaszek³, J. Józefiak⁴, P. Trzeciak⁴, Z. Pasieka²

1 - Oddział Chirurgiczny Ogólny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie.

2 - Zakład Chirurgii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

3 - Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, Łódź

4 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie, Opoczno

Przeprowadzone do tej pory badania wykazały, że perforacja rękawiczek podczas zabiegów operacyjnych jest dość powszechnym zjawiskiem. Jak wynika z piśmiennictwa częstość występowania perforacji sięga nawet kilkudziesięciu procent w zależności od typu procedury chirurgicznej. Tanią i dość efektywną metodą zmniejszającą ryzyko krwiopochodnych infekcji jest stosowanie podwójnych par rękawiczek. Niestety część środowiska chirurgicznego przejawia niechęć do tego typu rozwiązania argumentując to subiektywnym obniżeniem zręczności oraz czułości dotyku.

Cel: Celem pracy była ocena częstości stosowania podwójnych rękawiczek przez zabiegowców oraz częstości negatywnych doznań w przypadku ich używania

Materiał i Metoda: Anonimowa, składająca się z 17 pytań została wysłana drogą pocztową do większości oddziałów: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii naczyniowej, chirurgii plastycznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, urologii oraz neurochirurgii w województwie łódzkim. Pytania dotyczyły wieku, płci, posiadanych specjalizacji, rodzaju stosowanych rękawiczek chirurgicznych, alergii na lateks, częstości stosowania podwójnych rękawiczek, negatywnych doznań w przypadku ich używania, częstości „zranień i zakłuć” podczas zabiegów operacyjnych. Na przeprowadzenie powyższego badania uzyskaliśmy zgodę Lokalnej Komisji Bioetycznej działającej przy UM w Łodzi.

Wyniki: Otrzymaliśmy zwrot 179 ankiet. Podwójne rękawiczki regularnie, tzn. co najmniej w 25% przypadków przeprowadzonych zabiegów stosuje 19% badanych. Ponad 62% badanych wierzy, iż zapewniają one lepszą ochronę niż pojedyncza para. Połowa respondentów odczuwa dyskomfort lub pogorszenie sprawności manualnej, ok 30% skarży się na mrowienie, a 64% na pogorszenie dotyku stosując podwójne rękawiczki. W przebadanej grupie chirurg zakłuwał się średnio 5,58 razy w roku, z tego zgłaszanych jest średnio 20% przypadków, 55% ankietowanych nie zgłasza zranień wcale. Współczynnik zakłuć na 100 zabiegów wśród wszystkich badanych wyniósł 1,32. Co więcej był nieznacznie, ale statystycznie istotnie niższy wśród chirurgów ogólnych niż ortopedów. Równocześnie nie ma statystycznej różnicy pomiędzy średnimi współczynnikami zakłuć wśród specjalistów i rezydentów.

Wnioski: Nawyk używania podwójnej pary rękawiczek powinien być wdrażany zwłaszcza wśród młodych lekarzy zaczynających specjalizację, tak aby okres początkowego dyskomfortu i stopniowego przyzwyczajania się dłoni był połączony z nabywaniem umiejętności chirurgicznych.

ZALECENIA DOTYCZĄCE NEKREKTOMII PRZED WDROŻENIEM TERAPII PODCIŚNIENIOWEJ – SIŁA AUTORYTETÓW CZY MOC WSPÓLNYCH DOŚWIADCZEŃ?

T. Banasiewicz¹, G. Grupa robocza ds terapii podciśnieniowej²

1 - Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań

2 - Grupa Robocza ds Terapii Podciśnieniowej, Polska

Terapia podciśnieniowa ran wymaga odpowiedniego przygotowania rany. Oznacza to zazwyczaj konieczność wykonania nekrektomii, przy czym jej zakres i optymalna forma zależy od rodzaju rany, lokalizacji, możliwości rekonstrukcyjnych i innych czynników. Zalecenia dotyczące nekrektomii mają charakter dość ogólny i oparte są na opiniach wąskiego zazwyczaj grona ekspertów. Problem tworzenia tych zaleceń i sposobu ich opracowanie stał się przedmiotem dyskusji uczestników konferencji dotyczącej terapii podciśnieniowej (Poznań, maj 2015). Stwierdzono, iż doniesienia literaturowe, szczególnie w zakresie nowych metod, technik czy też pojedynczych przypadków, w zdecydowanej większości opisują sukcesy terapeutyczne. Porażki i niepowodzenia zazwyczaj nie są publikowane. Dlatego też dane dostępne literaturowo stają się podstawą nie tyle do tworzenia zaleceń EBM (evidence based medicine – medycyny opartej na faktach) co SEBM (selected evidence based medicine – medycyny opartej na wybranych faktach). Wydaje się, iż pewnego rodzaju sposobem na ujęcie w tworzeniu zaleceń wszystkich możliwych doświadczeń jest zebranie ich od jak najszerszego grona lekarzy praktyków, którzy będą mogli opisać i włączyć do analizy zarówno sukcesy jak i porażki. W gronie uczestników konferencji zdecydowano o stworzeniu formularza ankietowego/tabeli zawierającego najważniejsze kwestie dotyczące opracowania rany przed wdrożeniem terapii podciśnieniowej. Kluczowe pytania obejmują: zalecane wskazania do nekrektomii (w tym czas jej wykonania), zalecany zakres nekrektomii, sposób jej wykonania, znieczulenie, zastosowanie antybiotykoprofilaktyki, badanie histopat wyciętych tkanek, pobranie posiewu, sposób miejscowego leczenia rany, wszystkie odnotowane powikłania związane z nekrektomią, szczególne zasady bezpieczeństwa w danym narządzie/lokalizacji. Zalecenia (opinie), dotyczyć będą następujących zakresów: urazy, rany przewlekłe, stopa cukrzycowa, kardiochirurgia, chirurgia naczyniowa, otwarty brzuch, oparzenia, odmrożenia. Formularze wysłane zostaną do wszystkich uczestników konferencji, 146 potwierdziło na niej gotowość do ich wypełnienia i dalszej pracy nad ustaleniem zaleceń. Zespół Ekspertów, stanowiący grono wykładowców konferencji, ma zająć się podsumowaniem opinii i danych przesłanych przez lekarzy. Mamy nadzieję, iż taka formuła stanie się punktem wyjścia krytycznej dyskusji, zaś efekt końcowy zaprezentowany na Kongresie pozwoli na ocenę przydatności tej formy zbierania informacji klinicznych.

PORÓWNANIE WCZESNYCH WYNIKÓW LECZENIA OSTREGO ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO ZA POMOCĄ APENDEKTOMII LAPAROSKOPOWEJ I OTWARTEJ

P. Baranowski¹, B. Rybski¹, K. Janusz¹, Ł. Dzieciuchowicz²

1 - SPZOZ w Szamotułach, Szamotuły

2 - Katedra Chirurgii Ogólnej i Naczyń Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań

Cel pracy: Celem pracy było porównanie wczesnych wyników leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego appendektomią otwartą (OAP) i laparoskopową (LAP).

Materiał i Metodyka: Łącznie do badania zakwalifikowano 124 chorych. U 60 chorych wykonano LAP (grupa LAP) i u 64 wykonano OAP (grupa OAP). Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami w zakresie rozkładu płci i wieku, p odpowiednio 0,21 i 0,97. U chorych z grupy OAP stwierdzano przy przyjęciu do szpitala wyższą temperaturę ciała niż u chorych z grupy LAP, mediana odpowiednio 37,0oC i 36,7oC, p=0,006. Badane grupy nie różniły się w zakresie masy ciała, czasu trwania oraz rodzaju i nasilenia pozostałych objawów klinicznych. Mediana punktacji w skali Alvarado wynosiła 6 w obu grupach. Badane grupy nie różniły się również w zakresie podstawowych badań laboratoryjnych. Nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych w rozkładzie rozpoznań histopatologicznych pomiędzy grupami.

Wyniki: W okresie okołoperacyjnym w żadnej z grup nie odnotowano zgonów ani wystąpienia poważnych powikłań. Wszystkie zabiegi zostały zakończone technicznym sukcesem. Czas trwania samego zabiegu chirurgicznego był porównywalny w obydwu grupach mediana 40 (30-45) minut i 35 (25-50) minut odpowiednio w grupie LAP i OAP, p=0,297. Różny był natomiast okres znieczulenia. Mediana czasu znieczulenia wyniosła 50 (40-62) minut w grupie LAP i 45 (35-55) minut w grupie OAP. Różnica ta była istotna statystycznie, p=0,019. W grupie LAP nie wykonano żadnej konwersji do metody otwartej. W okresie pooperacyjnym gorączka wystąpiła u 3 chorych operowanych laparoskopowo i u 20 chorych operowanych metodą otwartą. Różnica ta była statystycznie istotna, p<0,001. Żaden chory nie wymagał reoperacji. Zapotrzebowanie na nieopiodowe środki przeciwbólowe był znamienne statystycznie mniejsze u chorych operowanych metoda laparoskopową. Mediana ilości dawek nieopiodowych leków przeciwbólowych wyniosła 3 (2-4) w grupie LAP i 4 (4-6) w grupie OAP, p<0,001. Okres hospitalizacji był znamienne statystycznie krótszy w grupie LAP niż w grupie OAP, mediana odpowiednio 2 (1-3) dni i 3 (3-5) dni, p<0,001.

Wnioski: Appendektomia laparoskopowa jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W porównaniu z appendektomią otwartą zmniejsza dolegliwości bólowe w okresie pooperacyjnym i skraca czas hospitalizacji.

PRZEŻYCIE CHORYCH Z ZAAWANSOWANĄ CHOROBAJĄ NOWOTWOROWĄ KWALIFIKOWANYCH DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO W WARUNKACH DOMOWYCH (HEN).

M. Folwarski¹, W. Szafranski², M. Dobosz², M. Łankiewicz²

1 - Podmiot Leczniczy Copernicus sp. z o.o. – Gdańsk, Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Poradnia żywienia do i pozajelitowego w warunkach domowych., Gdańsk

2 - Podmiot Leczniczy Copernicus sp. z o.o. Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Poradnia żywienia do i pozajelitowego w warunkach domowych., Gdańsk

Wstęp. Najczęstszymi wskazaniami do domowego żywienia dojelitowego (HEN) są: choroby układu nerwowego uniemożliwiające połykanie oraz niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego spowodowana chorobą nowotworową. Pacjenci onkologiczni są kwalifikowani do HEN zwykle na etapie zaawansowanej, nieuleczalnej choroby. Z powodu złego rokowania i niekiedy bardzo krótkiego przeżycia, pojawiają się pytania natury etycznej o wpływ leczenia żywieniowego, na jakość życia pacjenta w opiece paliatywnej.

Cele pracy: Ocena długości przeżycia pacjentów kwalifikowanych do HEN w zależności od rodzaju rozpoznanej choroby nowotworowej.

Metodyka: Retrospektywnie przeanalizowano materiał chorych kwalifikowanych do HEN w latach 2010-2015 w poradni żywienia do i pozajelitowego Copernicus sp. z o.o. z rozpoznaniem choroby nowotworowej. W tej grupie oceniono długość przeżycia od momentu kwalifikacji do leczenia żywieniowego w zależności od rozpoznania.

Wyniki: Z 286 pacjentów objętych HEN, u 157 powodem kwalifikacji była choroba nowotworowa. Najczęstszym rozpoznaniem w tej grupie był rak żołądka -46,2%, rak przełyku-25,6%, nowotwory gardła i krtani- 16%, jamy ustnej (w tym języka) -5%, trzustki-1,3% oraz sutka 1,9%. Pacjenci z rakiem przełyku i żołądka z powodu nieoperacyjnego charakteru choroby poddawani byli paliatywnemu leczeniu onkologicznemu. Średni wiek pacjentów wynosił 67 lat [89; 33], mężczyźni stanowili 67,6%, kobiety 32,4%. W obserwowanej grupie: 18 pacjentów jest nadal żywionych w chwili publikacji, u 3 żywienie przerwano ze względu na odzyskanie funkcji p. pokarmowego a 135 zmarło. Średnie przeżycie wszystkich pacjentów od chwili kwalifikacji do żywienia wynosiło 176 dni, najdłuższe obserwowano w grupie chorych z rakiem krtani i gardła- 329 dni, jamy ustnej i języka- 260 dni, a najkrótsze u chorych z rakiem przełyku -153 dni, żołądka 133 dni oraz trzustki -56 dni (n=2).

Wnioski: Najlepiej rokującą grupą chorych onkologicznych kwalifikowanych do HEN są pacjenci z niedrożnością przewodu pokarmowego na poziomie jamy ustnej, krtani i gardła. Rozpoznanie zaawansowanego raka żołądka i trzustki w związku z agresywnym charakterem choroby wiązało się z najkrótszym przeżyciem. Trzeba jednak zauważyć, że w większości grup średnie przeżycie przekraczało 3 miesiące co może zatem dawać szansę na poprawę jakości życia tych chorych dzięki HEN.

MODIFICATION OF MINOR'S TEST AS A TEST OF EVALUATION OF LOCAL ANTI-INFECTIOUS SKIN RESISTANCE IN SPORTSMEN

J. Fuss¹, A. Voloboyeva¹, R. Yaremkevych¹

1 - Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

Introduction. At present approximately 35 -40% of patients at surgical departments are the patients with purulent diseases. Impairment of temperature regulation and lipid balance occur in pathological changes of sweat glands, particularly hyperhydrosis. Conditions occur for the development of infectious and mechanical damage to the skin, which can lead to development of purulent diseases. Under such conditions, it may be assumed that evaluation of functional activity of sweat glands in certain anatomical region will enable to investigate ability of local anti-infectious resistance, and, thus, will provide some information concerning risk factors of development of purulent diseases of the skin. The only test which, according to literature review, is most often used in hyperhydrosis evaluation, is Minor's test. It is a functional test, potentially useful for evaluation of anti-infectious skin resistance in case of objective evaluation of its parameters and adaptation to needs of septic surgery.

The aim of the research was to increase diagnostic suitability of Minor's test for evaluation of functional activity of sweat glands as a component of local anti- infectious resistance by means of objective search parameters.

Methods. Functional activity of sweat glands of axillary region was studied in all investigated sportsmen by means of Minor's test. Variants of its technological improvement and additional objective criteria of its evaluation were elaborated on the basis of logistic analysis of technology, stages and results of Minor's test.

Results. Colour change of the affected region was observed in 14 sportsmen, however, mosaic type of impairment was in 47.49%, total type of sweat glands impairment was in 52.21% sportsmen. At the same time, a significant difference of colour changes in the size of impairment area of sweat glands was noted: colour change of area less than 5 cm² was observed in 3 sportsmen (21.43%), from 5-10 cm²- in 5 (35.71%), over 10 cm²- in 6 (42.86%).

Conclusions. Minor's test enables to evaluate functional activity of sweat glands of various anatomical regions as a component of local anti- infectious body's defence mechanism. Introduction of evaluation of pre-test factors, affecting spontaneous perspiration, photo records of Minor's test results and its evaluation according to precise criteria significantly increases diagnostic value of Minor's test and it's applicability for detection of purulent-inflammatory diseases of the skin.

SPECJALISTYCZNE LECZENIE I PIELEGNACJA POWIKŁANYCH PRZEWLEKŁYCH RAN

A. Głuszczyk¹, L. Milanowski²

1 - Przychodnia leczenia ran i pielęgnacji stóp - Centrum Stopy, Warszawa - Łódź

2 - Przychodnia leczenia ran i pielęgnacji stóp - Centrum Stopy, Warszawa- Łódź

Leczenie ran nie gojących się powikłanych i przewlekłych, wymaga zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu. Najskuteczniejszą metodą jest usunięcie martwiczego włókniaka za pomocą zastosowania opatrunków absorbcyjnych oraz leczenie przeciwbakteryjne i przeciwzapalne. Wielkim wyzwaniem jest leczenie głębokich ran i owrzodzeń połączonych z zapaleniem kości zwłaszcza u chorych pourazowych.

Przy zakażonych i skolonizowanych owrzodzeniach i odleżynach zastosowanie specjalistycznych opatrunków i wczesnej rehabilitacji umożliwiają skuteczne, szybkie i efektywne osiągnięcia dobrych wyników. Zastosowanie strategii TIME (T – tissue debridement – opracowanie martwych tkanek, I – inflammation and infection control – kontrola zapalenia i zakażenia, M – moisture balance – utrzymanie prawidłowego poziomu wilgotności w ranie, E – edges, epidermization stimulation – pobudzenie naskórkowania z brzegów ran) która jest oparta o zalecenia EWMA (European Wound Management Association) przyspieszają gojenie ran i dają bardzo dobre wyniki.

Stosowaliśmy wielowarstwowe opatrunki długoterminowe. Ich wilgotna struktura nawilża łożysko rany, dekontaminacja rany działa odkażająco i przeciwbakteryjnie. Dla pacjenta metoda ta jest przyjazna likwidując napięcie w miejscu rany i ból towarzyszący przy tradycyjnym leczeniu prowadzącym do gojenia się pod suchym strupem o ile nie dochodzi do wtórnego jego zakażenia. Bezboleśnie stopniowo eliminując martwą tkankę, doprowadza się do szybkiej epitelizacji skóry. Niezmiernie ważnym elementem w skojarzonym leczeniu przewlekłych ran było zastosowanie amortyzacji nad miejscami oporowymi. Pięty i miejsca ucisku na ranach stóp, okolice krętarzy krzyżowo – lędźwiowe, które stykały się z twardą powierzchnią powodując ucisk. Rehabilitacja poprzez hartowanie rany, masaż na ozonie doprowadzający ukrwienie było bardzo ważnym elementem usprawniającym gojenie rany.

Przedstawione zostaną przypadki pacjentów leczonych z głębokimi powikłanymi ranami i masywnym zakażeniem ran. Prezentowani pacjenci byli wcześniej leczeni tradycyjnymi metodami za pomocą samego wycięcia chirurgicznego tkanek, stosowania gazy opatrunkowej z wodą utlenioną i mycia szarym mydłem.

Prezentacja przypadków wskazuje jak wiele możliwości istnieje przy odpowiedniej dekontaminacji rany, zaopatrzeniu odpowiednimi dobranymi opatrunkami o szerokim spektrum działania przeciwbakteryjnych i stałym nawilżeniu ran.

HEMOBILIA JAKO RZADKIE POWIKŁANIE NABYTEJ HEMOFILII. OPIS PRZYPADKU - CHOLECYSTEKTOMIA WYKONANA Z POWODU AKTYWNEGO KRWAWIENIA DO PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO.

A. Hellmann¹, S. Hać¹, J. Kostro¹, Z. Śledziński¹, A. Mital²

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdańsk

2 - Katedra i Klinika Hematologii i Transplantologii, Gdańsk

Nabyta hemofilia A (AHA), jest ciężką skazą krwotoczną o podłożu autoimmunologicznym. W AHA dominują krwawienia do tkanek miękkich, mięśni, skóry oraz charakterystyczne jest nadmierne krwawienie podczas operacji. Występowanie AHA może być idiopatyczne lub jest związane między innymi z okresem połogu, z chorobami autoimmunologicznymi, z zakażeniami, z nowotworami hematologicznymi i z guzami litymi.

Strategia postępowania obejmuje dwa główne cele: doraźny, którym jest leczenie i profilaktyka krwawień oraz długofalowy, polegający na eliminacji inhibitora. Najlepszym sposobem leczenia krwawień w przebiegu AHA jest stosowanie koncentratu rekombinowanego aktywnego czynnika VII (rFVIIa) lub koncentratu aktywowanych czynników zespołu protrombiny (aPCC). Prezentujemy przypadek ciężkiego powikłania nabytej hemofilii A. 63 letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Hematologii z podejrzeniem AH. Na podstawie badań (izolowanego wydłużenia aPTT oraz po oznaczeniu poziomu przeciwciał) rozpoznano nabytą hemofilię typu A. Chory otrzymał rFVIIa 90 µg/kg co 8 godzin oraz leczenie immunosupresyjne. W 10 dniu hospitalizacji pacjent prezentował ból w prawym podżebrzu z dodatnim objawem Chełmońskiego. W TK opisano krwawienie do pęcherzyka żółciowego. Z uwagi na objawy ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego z krwawieniem do jego światła oraz pogarszający się stan ogólny chorego zdecydowano o konieczności pilnej operacji. Celem prewencji krwawienia podano 90 µg/kg-1 rFVIIa na 3 minuty przed nacięciem skóry a następnie kolejne 90 µg/kg co 2 godziny. Wykonano klasyczną cholecystektomię. Stwierdzono rozdęty pęcherzyk żółciowy z polami martwicy ściany, z dużą ilością skrzepów krwi w środku. Przetoczono w trakcie zabiegu 2 masy erytrocytarne, oraz rFVIIa zgodnie z zaleceniem Hematologa. W 4 dobie pooperacyjnej pacjent w stanie ogólnym dobrym przekazano do Kliniki Hematologii celem dalszego leczenia. W badaniu histopatologicznym opisano aktywny proces zapalny pęcherzyka żółciowego z śródściennym krwakiem.

Podsumowując chorzy z nabytą hemofilią którzy wymagają doraźnej interwencji chirurgicznej powinni być przekazywaniu do ośrodków referencyjnych, w których może zostać powołany zespół chirurg-hematolog oraz gdzie dostępny jest rekombinowanym czynnik VII a.

PRZYCZYNY ZAKAŻENIA MIEJSCA OPEROWANEGO W CHIRURGII KOLOREKTALNEJ

J. Karoń¹, D. Mińkowski²

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego i. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznan

2 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań

Operacje kolorektalne ze względu na swoją specyfikę obarczone są większym ryzykiem zakażenia miejsca operowanego (ZMO)

Cel pracy: 1. Określenie czynników ryzyka ZMO w dużych operacjach kolorektalnych. 2. Ustalenie, w jaki sposób zmiana profilu pracy oddziału, z tzw. chirurgii ogólnej na chirurgie z dużym udziałem operacji kolorektalnych wpływa na czynniki ryzyka ZMO i wyniki leczenia

Materiał i metoda: Porównano dane pochodzące z 2 czteroletnich okresów obejmujących lata 2000-2003 (okres I - Klinika Chirurgii Ogólnej) i 206 - 2009 (okres II - Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej). Do badania zakwalifikowano łącznie 1041 chorych (235 w okresie I i 806 w okresie II), u których wykonano planowe operacje kolorektalne z dostępu przez laparotomię

Wyniki: Po zmianie profilu oddziału, w II okresie, 3,42 -krotnie wzrosła liczba wykonywanych operacji kolorektalnych. Stwierdzono istotny spadek odsetka ZMO (17,44% vs 5,95%). W I okresie czynnikami ryzyka zależnymi od chorego były: otyłość i ASA >2, w II okresie tylko ASA >2. Wśród czynników zależnych od techniki operacyjnej i postępowania okołoperacyjnego zaobserwowano, że na spadek liczby ZMO po zmianie profilu oddziału miały: skrócenie czasu operacji, skrócenie czasu drenażu, zmniejszenie ilości przetoczzonej krwi i użycie podczas operacji Ligasure. Dodatkowymi czynnikami ryzyka ZMO w I okresie były: stopień skażenia pola operacyjnego, wyłonienie kolostomii, a w II okresie - rodzaj zabiegu operacyjnego i skażenie pola operacyjnego. Wystąpienie ZMO wiązało się ze znaczącym wydłużeniem czasu pobytu chorego na oddziale. W I okresie - 24 dni dla chorych z ZMO vs 12 dni dla chorych bez ZMO. W II okresie odpowiednio 13 dni vs 7 dni.

Wnioski: Uzyskane wyniki świadczą o tym, że zmniejszenie liczby ZMO stwierdzone po zmianie profilu oddziału, nastąpiło w wyniku wprowadzenia szeregu zmian w leczeniu chorych jak i technice operacyjnej.

OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA ZAKAŻENIA MIEJSCA OPEROWANEGO PO WYCIĘCIU ZATOKI WŁOSOWEJ W ZALEŻNOŚCI OD ZASTOSOWANEJ METODY OPERACYJNEJ

B. Koszman¹

1 - Szpital Klaksvik, Klaksvik

Wstęp: Częstość występowania zatoki włosowej wynosi 26/100 000 mieszkańców. Występuje trzy-, czterokrotnie częściej u płci męskiej. Jest chorobą 2.- 3. dekadę życia.

Cel pracy: Ocena częstości występowania zakażenia miejsca operowanego po wycięciu zatoki włosowej przy zastosowaniu dwóch odmiennych sposobów zamykania rany pooperacyjnej - prostego szycia oraz romboidalnej plastyki sposobem Limberga.

Materiał i metody: Częstość zakażenia miejsca operowanego oceniono u 30 kolejnych chorych (w. 14-48 l., m. 22 l., mężczyzn 24) operowanych z powodu zatoki włosowej w szpitalu w Klaksvik, Wyspy Owcze, w okresie od września 2010 do listopada 2014. Analizę zgromadzonych danych przeprowadzono w lutym 2015 r. Proste szycie rany (n=8) zastąpiono romboidalną plastyką rany sposobem Limberga (n=22) w lutym 2012 r. Nie wycinano zatoki włosowej w fazie ropnia. U wszystkich chorych stosowano farmakologiczną profilaktykę zakażenia miejsca operowanego. Nigdy nie drenowano rany pooperacyjnej.

Wyniki: Rychłozrost uzyskano u 17 (77,2 %) chorych operowanych sposobem Limberga oraz u czterech (50 %) chorych z prostym szyciem rany. Rana przewlekła (niezagojona w ciągu 3 miesięcy) wystąpiła u dwóch (25%) chorych, u których zastosowano proste szycie rany. Nie stwierdzono rany przewlekłej u żadnego chorego operowanego sposobem Limberga. U chorych operowanych sposobem Limberga stwierdzono następujące powikłania gojenia rany pooperacyjnej: ropienie z częściowym rozjeściem (n=2, 9,1%), wysięk surowiczy (n=3, 13,6%), krwiak w ranie wymagający aspiracji (n=1, 4,54%). U chorych operowanych z prostym szyciem rany powikłania gojenia były następujące: ropienie z częściowym rozjeściem (n=3, 37,5%), ropień wymagający pilnego otwarcia rany (n=1, 12,5%). U pięciu chorych operowanych sposobem Limberga, u których nie nastąpił rychłozrost, uzyskano wygojenie pomiędzy 30. a 76. dobą pooperacyjną. U dwóch chorych operowanych z prostym szyciem rany, u których nie nastąpił rychłozrost ani rana przewlekła, uzyskano wygojenie w 45. i 89. dobie pooperacyjnej. Badanie histopatologiczne potwierdziło zatokę włosową, bez innych zmian współtowarzyszących, u wszystkich chorych.

Wnioski: Operacja zatoki włosowej sposobem Limberga przewyższa operację z prostym szyciem rany pod względem mniejszej częstości zakażenia miejsca operowanego (9% vs. 50%) oraz mniejszej częstości występowania ran przewlekłych (0% vs. 25%).

PRZEBUDOWA WSTECZNA BŁONY ŚLIZOWEJ I PODŚLIZOWEJ ŻOŁĄDKA U CHORYCH LECZONYCH CHIRURGICZNIE Z POWODU PRZEPUKLINY ROZWORU PRZEŁYKOWEGO

J. Kurek¹, E. Reichman-warmusz², G. Buła³, D. Dudek², M. Grochla², O. Segiet², M. Brzozowa², K. Nocoń¹, R. Wojnicz²

1 - SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie, Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Jaworzno

2 - Katedra i Zakład Histologii z Laboratorium Patologii Komórki w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze

3 - Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

Wstęp: Brak jest doniesień dotyczących przebudowy wstecznej błony śluzowej żołądka pacjentów z przepukliną rozworu przełykowego po chirurgicznych zabiegach korekcyjnych. Cel pracy: Celem pracy było określenie fenotypu wybranych wskaźników reakcji zapalnej w wycinkach błony śluzowej oraz podśluzowej u chorych poddanych laparoskopowej fundoplikacji w aspekcie przebudowy wstecznej.

Materiały i metody: Badaniami objęto wycinki biopsyjne żołądka części wpustowej, trzonu oraz odźwiernika pochodzące od 5 chorych (3M, 2K, średnia wieku 58.9 ± 6.2 lat) pozyskane w trakcie laparoskopowej fundoplikacji przepukliny rozworu przełykowego. U dwóch chorych po 3 miesiącach od zabiegu w trakcie gastrokopii pobrano wycinki kontrolne w liczbie 18. Całkowita liczba wycinków poddanych badaniom morfologicznym wynosiła 63. Wycinki, bezpośrednio po pobraniu, utrwalono w acetonie a następnie zamrażano w -80°C . Skrawki mrożeniowe o grubości $4 \mu\text{m}$ poddano diagnostyce immunohistochemicznej z wykorzystaniem systemu EnVision/Fast Red oraz przeciwciał anty-VEGF-R1, anty-indukowana syntetaza NO (iNOS), anty-leukocyty CD45 oraz E-selektyna (ELAM-1). Ocenę ekspresji fenotypowej wykonano w oparciu o skale: 0-brak ekspresji, 1 – umiarkowana oraz 2 – nasiloną ekspresją badanych wskaźników.

Wyniki: W badaniu immunohistologicznym wycinków pobranych przed zabiegiem fundoplikacji z obszaru wpustu i odźwiernika stwierdzono nasiloną ekspresję iNOS, VEGF-R1 oraz ELAM-1. Nie wykazano nasilonej ekspresji powyższych antygenów w wycinkach z trzonu żołądka. Zawartość komórek CD45 we wszystkich badanych obszarach nie odbiegała od obserwowanej w stanach fizjologii. W wycinkach po zabiegu fundoplikacji stwierdzono utrzymywanie się nasilonej ekspresji iNOS z jednoczesnym znacznym wzrostem zawartości komórek CD45 w błonie podśluzowej we wszystkich wycinkach, w tym z dna. Równocześnie nie stwierdzono utrzymywania się ekspresji antygenów ELAM-1 na powierzchni komórek śródbłonna naczyń włosowatych we wszystkich badanych obszarach. Część gruczołów śluzówkowych wykazywała cechy regeneracji.

Wnioski: Uzyskane rezultaty wskazują na obecność przewlekłej reakcji zapalnej związanej z przebudową wsteczną błony śluzowej i podśluzowej żołądka, szczególnie w obszarze wpustu i odźwiernika.

CHARAKTERYSTYKA SZCZEPÓW STAPHYLOCOCCUS AUREUS IZOLOWANYCH Z ZAKAŻEŃ MIEJSCA OPEROWANEGO PACJENTÓW POLSKI POŁUDNIOWEJ W ROKU 2013

K. Małysek¹, J. Wójkowska-mach², D. Romaniszyn², M. Pobiega², A. Chmielarczyk²

1 - Katedra Mikrobiologii CMUJ, Kraków

2 - Katedra Mikrobiologii CMUJ, Kraków

Cele pracy Przeprowadzenie analizy epidemiologicznej umożliwi zebranie wiedzy na temat zakażeń miejsca operowanego (ZMO) i może w konsekwencji przyczynić się do ich ograniczenia. Dotychczas nie opisano szczegółowo epidemiologii ZMO o etiologii *Staphylococcus aureus* (SA) w Polsce. Celem pracy była charakterystyka występowania wybranych czynników wirulencji i lekooporności szczepów SA izolowanych z 166 przypadków ZMO 14 szpitali województwa małopolskiego i śląskiego, określenie prewalencji MRSA oraz analiza możliwych dróg transmisji MRSA z zastosowaniem metod typowania molekularnego. Wyniki Mediana wieku chorych wynosiła 61 lat. Znaczna część badanych szczepów związana była z zakażeniami po zabiegach z zakresu chirurgii ogólnej. MRSA obserwowane były u osób znacząco starszych (67 vs. 60 lat) oraz po zabiegach w zakresie chirurgii naczyń, gdzie ryzyko zakażenia MRSA było 4-krotnie wyższe niż MSSA (20.7% vs. 6.0%). Płeć oraz operacje pozostałych typów nie stanowiły czynnika ryzyka rozwoju zakażenia o etiologii MRSA, a w przypadku zabiegów ortopedycznych MRSA obserwowano 2-krotnie rzadziej (6.9% vs 15.8%) (tab. 1). Ogółem 29 szczepów MRSA stanowiło 17.9% spośród wszystkich badanych. Najwyższą oporność stwierdzono w zakresie erytromycyny, klindamycyny i ciprofloksacyny. Nie stwierdzono oporności na linezolid oraz glikopeptydy i tygecyklinę. Przy zachowanej wrażliwości na wankomycynę szczepy MRSA cechowały się znacząco wyższymi wartościami MIC₅₀ oraz MIC₉₀. Gen oporności na mupirocynę stwierdzono u 1 szczepu MSSA. Obecność niektórych czynników zjadliwości była istotnie związana z typem oddziału: gen na toksynę zespołu wstrząsu toksycznego TSST-1 obserwowano istotnie częściej w materiałach z oddziałów chirurgii ogólnej (51.7% vs 26.3,) oraz znacząco rzadziej w materiałach z ortopedii (27.6% vs 88.7%). Obecność genu kodującego eksfoliatynę stwierdzono u pacjentów znacząco młodszych (mediana (Q1;Q3): 34 (31;55) vs 61 (50;70)). W badaniu PFGE Większość szczepów charakteryzowała się unikatowymi wzorami restrykcyjnymi: nie stwierdzono klonów epidemicznych. Dominowały 2 typy *spa*: t003 (41.4%) and t138 (17.2%).

Wnioski Prewalencja MRSA nie odbiega od innych danych, chociaż wysokie wartości MIC dla glikopeptydów może świadczyć o ewentualnych trudnościach terapeutycznych przy leczeniu MRSA. Brak oporności na mupirocynę potwierdzają możliwość profilaktyki zakażeń SA w ZMO poprzez screening i eradykację kolonizacji. Typy *spa* potwierdzają pozaszpitalne pochodzenie szczepów.

GASTROSTOMIA W LECZENIU WYSOKIEJ NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO-OPIS PRZYPADKU KLINICZNEGO

P. Paluch¹, Ł. Szymański¹, Z. Sosnowski¹

1 - Oddział Chirurgiczny Ogólny ZOZ Końskie, Końskie

Przedstawiono przypadek 21-letniego chorego, po wypadku komunikacyjnym z urazem wielonarządowym w 2014 roku- opisano przebieg procesu terapeutyczno- leczniczego z załączonymi wynikami badań laboratoryjnych i obrazowych oraz zastosowaniem gastrostomii w leczeniu wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego, która wystąpiła po stłuczeniu żołądka, XII cy, krezki jelita cienkiego, trzustki, śledziony. Chory ponadto doznał obrażeń: stłuczenia płuca lewego, stłuczenia płatów czołowych mózgu, wieloodłamowego złamania przezkrętarzowego lewej kości udowej. U chorego wykonano 2krotnie laparotomię: w pierwszym przypadku z powodu krwotoku wewnętrznego w wyniku dwuczaskowego pęknięcia śledziony, zaś w drugim z powodu wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego.

NISKOPROFILOWA PRZEZSKÓRNA GASTROSTOMIA (NPG)W. Pawłowski¹, T. Guzel¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Zapewnienie dostępu do przewodu pokarmowego chorych którzy nie mogą odżywiać się samodzielnie jest istotnym problemem zarówno w oddziałach szpitalnych czy długoterminowej opiece hospicyjnej bądź prowadzonej w warunkach domowych .

W przypadku braku możliwości żywienia drogą doustną i jednocześnie wydolnym przewodzie pokarmowym metodą z wyboru jest żywienie przez sondę wprowadzoną przez nos do żołądka lub jelita cienkiego. U chorych wymagających odżywiania tą drogą powyżej 4 tygodni konieczne jest wykonanie gastrostomii lub jejunostomii odżywczej.

W ośrodkach dysponujących doświadczeniem oraz odpowiednim sprzętem wykonywana jest przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG). W przypadku przeciwwskazań do założenia PEG chorzy są poddawani operacji i wytwarzany jest dostęp do żołądka metodami klasycznymi takimi jak metoda Kadera czy Witzela z wykorzystaniem cewników urologicznych (cewnik Foleya ,cewnik Pezzera). Nie wyklucza to jednak zastosowania w przyszłości u tych chorych gastrostomii niskoprofilowej, która poprawia komfort życia oraz ułatwia zarówno podaż pożywienia jak i toaletę i zachowanie drożności zestawu.

W Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM poza powszechnym stosowaniem gastrostomii endoskopowej oraz w wybranych przypadkach chirurgicznej, u 6 chorych wykonano gastrostomię niskoprofilową, tzw. „grzybek" lub „guzik". Autorzy przedstawiają technikę implantacji gastrostomii niskoprofilowej.

IZOLOWANE KOMÓRKI NOWOTWOROWE W SZPIKU KOSTNYM U CHORYCH NA RAKA OKRĘŻNICY

S. Pietruszka¹, R. Skibiński¹, E. Walewska², L. Ściśło², A. Paszko¹, K. Brzuszkiewicz¹, A. Szczepanik¹, J. Kulig¹

1 - I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej - Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

2 - Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wstęp: Odsetek nawrotów w przypadku raka jelita grubego, pomimo radykalnej resekcji R0 wciąż pozostaje wysoki (30-60%) a jego przyczyny niejasne. Obecność izolowanych komórek nowotworowych (ITC) w szpiku kostnym może mieć kluczowe znaczenie prognostyczne oraz stanowić punkt uchwytu dla poprawy wyników leczenia.

Cel pracy: Celem pracy było określenie związku występowania izolowanych komórek nowotworowych w szpiku kostnym u pacjentów z rakiem okrężnicy, z cechami zaawansowania guza.

Metodyka: Komórki zawieszono w roztworze soli buforowanej (PBS) o stężeniu 10x10⁶ komórek/ml PBS, uzyskiwano z próbki szpiku kostnego chorych przed zabiegiem operacyjnym. Po barwieniu z wykorzystaniem PC monoklonalnych anti-CD45 (sprzężonych z fykoerytryną), komórki sortowano na populację CD45⁺ i CD45⁻ z wykorzystaniem sortującego cytometru przepływowego. Komórki nowotworowe (z populacji CD45⁻ o stężeniu 1x10⁶/ml) identyfikowano za pomocą przeciwciał skierowanych przeciw cytokeratynie 8, 18. Oceny preparatu dokonywano w mikroskopie fluorescencyjnym w przeciągu 48 godzin, przez 2 osoby niezależnie. Obecność mikroprzerzutów stwierdzono w preparatach, w których uwidoczniono nie mniej niż 3 komórki CK+/300 ocenianych. Obecność komórek w szpiku skorelowano ze stopniem zaawansowania raka.

Wyniki: Grupa badana objęła 56 chorych (24 kobiety i 32 mężczyzn) z rakiem okrężnicy poddanych leczeniu operacyjnemu z powodu raka okrężnicy. Średni wiek chorych wynosił 64,8 lat. Obecność izolowanych komórek nowotworowych w szpiku stwierdzono u 27 chorych (48,2%). Stwierdzono korelację pomiędzy obecnością ITC a stopniem zaawansowania guza nowotworowego. Komórki te wykrywano w każdym stopniu zaawansowania, lecz częściej w przypadku większego stopnia zaawansowania guza. W grupie chorych bez przerzutów odległych ITC stwierdzono u 41,8%. W grupie z obecnością przerzutów odległych odsetek ten wyniósł 69,2%. U chorych z guzem w stopniu zaawansowania T3, obecność ITC w szpiku stwierdzano w przypadku 40% chorych, a z guzem T4 - 83%.

Wnioski: Izolowane komórki nowotworowe w szpiku kostnym stwierdzane są we wszystkich stopniach zaawansowania nowotworu. Największą częstość obserwuje się u chorych z guzem T4 i u chorych z przerzutami odległymi. Określenie wartości rokowniczej tego zjawiska wymaga dalszych badań na dużej grupie chorych.

MARTWICZE ZAPALENIE POWIĘZI, ZGORZEL UDA I WSTRZĄS SEPTYCZNY WYWOŁANY PRZEZ PAŁECZKI MORGANELLA JAKO OBRAZ KLINICZNY ZGORZELINOWEGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO (PLAKAT).

P. Puskiewicz¹, M. Kukło¹, P. Malinowski¹

1 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Olsztyn

42 letni mężczyzna leczony chirurgicznie z powodu zgorzeli lewego uda o nieustalonej przyczynie. Stan chorego ciężki z cechami rozwijającego się wstrząsu septycznego. Przedmiotowo obrzęk, zaczerwienienie i trzeszczenie tkanki podskórnej uda. Leczenie rozpoczęto od szerokiego nacięcia ropowicy uda, zrewidowano również kanał pachwinowy celem wykluczenia przepukliny. Pomimo zastosowanego leczenia objawy SIRS. Miejscowo: postępująca martwica skóry przyśrodkowej powierzchni uda i zgorzel okolicznych tkanek. TK jamy brzusznej wykazało obecność ropni w mięśniu biodrowo - lędźwiowym. W wynikach badania mikrobiologicznego wymazów z rany Morganella Morgani. Chory ponownie operowany. Odsłonięto przestrzeń zaotrzewnową, opróżniono i zdrenowano ropnie na przedniej powierzchni mięśnia biodrowo - lędźwiowego. Rozpoznano zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego położonego zaotrzewnowo. Wykonano appendektomię. Pacjent wymagał rozległej nekrektomii w zakresie skóry, tkanki podskórnej, powięzi oraz mięśni. Obraz kliniczny przemawiał za rozpoznaniem martwiczego zapalenia powięzi i zgorzeli kończyny dolnej. Następnie chory leczony w OIT, gdzie optymalizowano postępowanie przeciwstrząsowe, nerkozastępcze modyfikowano także antybiotykoterapię w oparciu o wrażliwość drobnoustrojów. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego mężczyzna wymagał codziennych zmian opatrunków i oczyszczania rozległych ran w warunkach sali operacyjnej. Zgromadzono dzięki temu materiał w postaci fotografii cyfrowych przebiegu leczenia. Następnie stosowano przeszczepy siatkowe pośredniej grubości w miejscu ubytków skóry. W ostatecznym etapie leczenia pacjenta usprawniano ruchowo w Oddziale Rehabilitacji tutejszego szpitala. W wyniku zastosowanego leczenia pacjent został wyprowadzony ze wstrząsu septycznego, a leczenie chirurgiczne zdecydowało o zachowaniu funkcjonalnej kończyny pomimo znacznych ubytków tkanek.

Prezentowany przypadek jest ciekawym przykładem ciężkich, zagrażających życiu powikłań ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przypomina on o możliwym skąpoobjawowym wczesnym przebiegu choroby, szczególnie w przypadku nietypowej lokalizacji. Zgorzel gazowa nasuwa podejrzenie zakażenia beztlenowcami, zwłaszcza Clostridium spp. Opisywane są w literaturze medycznej przypadki zgorzeli wywoływane przez pałeczki Morganella.

PRZEŻYCIE CHORYCH Z ZAAWANSOWANĄ CHOROBAŁ NOWOTWOROWĄ KWALIFIKOWANYCH DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO W WARUNKACH DOMOWYCH (HPN).

W. Szafranski¹, M. Folwarski¹, M. Dobosz¹, M. Łankiewicz¹

1 - Podmiot Lecznicy Copernicus sp. z o.o. Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Poradnia żywienia do i pozajelitowego w warunkach domowych., Gdańsk

WSTĘP : W ostatnich latach obserwuje się rosnącą liczbę chorych włączanych do domowego żywienia pozajelitowego ze wskazań onkologicznych .W tej grupie najczęściej do procedury HPN kwalifikowani są chorzy z przewlekłą niedrożnością mechaniczną w przebiegu rozsiewu wewnątrztrzewnowego .

CEL PRACY : Analiza 35 chorych objętych procedurą HPN w latach 2010-2015 ze wskazań onkologicznych.

METODYKA : Ocena wieku, płci, rodzaju wskazań onkologicznych ,rodzaju dostępów , rodzaju mieszanin , wyników leczenia.

WYNIKI : Procedurą HPN ze wskazań onkologicznych objęto 35 chorych w wieku od 23 do 81 lat (7 mężczyzn ,28 kobiet). Najczęstszą przyczyną był rozsiany rak jajnika (14 chorych) i rak żołądka (10) , inne przyczyny to rozsiany rak jelita grubego (2), trzustki(2), macicy(2),przetyku(1),jelita cienkiego(1),pęcherza moczowego(1),pierwotny rak otrzewnej(1),szpiczak mnogi (1). Najczęstszym wskazaniem do procedury HPN był rozsiew otrzewnowy z niedrożnością nowotworową (28 chorych), inne wskazania to zespół krótkiego jelita (4) , zespół złego wchłaniania (2) , przetoki jelitowe (1). Najczęściej stosowanymi dostęпами były porty naczyniowe (18 chorych) , inne dostępy to cewniki tunelizowane typu Broviac (13 chorych) oraz cewniki nietunelizowane typu Arrow (4). Zastosowane mieszaniny to indywidualne worki AIO (23 chorych) , gotowe worki RTU (9) lub oba rodzaje worków AIO i RTU (3). Całkowita długość żywienia pozajelitowego w domu ze wskazań onkologicznych wyniosła średnio 172 ,5 dnia (zakres od 4 do 977 dni) i była wyraźnie mniejsza niż łączny czas żywienia chorych ze wskazań pozanowotworowych – średnio 430 dni (zakres od 39 do 1481 dni). Średni czas przeżycia chorych z nowotworami układu rozrodczego przekraczał średni czas przeżycia chorych z nowotworami przewodu pokarmowego(201 vs 148 dni). U 3 chorych uzyskano autonomię pokarmową i zakończono procedurę HPN , u 4 chorych jest nadal prowadzone żywienie , 28 chorych zmarło.

WNIOSKI : Kwalifikacja do procedury HPN pacjentów onkologicznych jest decyzją, którą zawsze należy podejmować w odniesieniu do indywidualnego pacjenta , jego choroby i spodziewanego czasu przeżycia. Procedurę HPN należy rozważyć zwłaszcza w grupie chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową nowotworów układu rozrodczego .

ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH (HPN) PROWADZONE PRZY ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ – WYNIKI I DOŚWIADCZENIA 5 LAT DZIAŁALNOŚCI

W. Szafrąński¹, M. Folwarski¹, M. Dobosz¹, M. Łankiewicz¹

1 - Podmiot Lecznicy Copernicus sp. z o.o. Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Poradnia żywienia do i pozajelitowego w warunkach domowych., Gdańsk

WSTĘP : Procedurę HPN stosuje się u chorych z przewlekłą niewydolnością przewodu pokarmowego jako wynik rozległych zabiegów resekcyjnych jelita , powikłań chirurgicznych, nowotworów , zmian pourazowych lub popromiennych oraz powikłań nieswoistych chorób zapalnych jelit.

CEL PRACY : Przedstawienie analizy 55 chorych objętych procedurą HPN w latach 2010-2015

METODYKA : Ocena wieku, płci, rodzaju wskazań do procedury HPN ,rodzaju dostępów , rodzaju mieszanin , występowania powikłań , wyników leczenia .

WYNIKI : Procedurą HPN objęto 55 chorych w wieku od 22 do 81 lat (13 mężczyzn ,42 kobiety). Żywienie pozajelitowe z przyczyn onkologicznych włączono u 35 chorych , głównie w przebiegu rozsianego raka jajnika (14) i raka żołądka (10) . HPN o etiologii nienowotworowej włączono u 20 chorych , najczęściej po rozległych resekcjach jelita w wyniku zatoru/zakrzepu tętnicy krezkowej górnej (6) , ze zmianami popromiennymi (4) i po powikłaniach chirurgicznych (4) . Najczęstszym wskazaniem do procedury HPN był rozsiew otrzewnowy z wielopoziomową niedrożnością nowotworową (28 chorych) i zespół krótkiego jelita (14) . Stosowane dostępy do żywienia pozajelitowego to cewniki tunelizowane typu Broviac (32 chorych) , porty (14) oraz cewniki nietunelizowane typu Arrow (4). Zastosowane mieszaniny to indywidualne worki typu AIO (35 chorych) , gotowe worki typu RTU (15) lub oba rodzaje worków AIO i RTU (5) . Powikłania związane z dostępem centralnym wystąpiły u 13 chorych . Dominowały zakażenia odcewnikowe CRBSI (8 chorych) , poza tym zakażenie wokół cewnika (1), przemieszczenie cewnika (1), mechaniczne uszkodzenie(2) lub powikłania zakrzepowe (1) . Całkowita długość żywienia pozajelitowego w domu wyniosła średnio 266 dni , jej zakres wynosił od 4 do 1481 dni . U 9 chorych uzyskano autonomię pokarmową i zakończono procedurę HPN , u 13 chorych jest nadal prowadzone żywienie , 33 chorych głównie chorych onkologicznych zmarło.

WNIOSKI : Procedura HPN umożliwia utrzymanie przy życiu chorych z niewydolnością przewodu pokarmowego. Większość chorych objętych procedurą HPN to chorzy żywieni ze wskazań przewlekłych, głównie z zespołem krótkiego jelita , rośnie także liczba chorych leczonych ze wskazań onkologicznych.

WPŁYW OKOŁOZABIEGOWEJ PODAŻY PŁYNÓW A RYZYKO ROZEJŚCIA ZESPOLENIA - ZASTOSOWANIE ZASAD EBM W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ

J. Świrta¹, M. Romaniszyn¹, P. Wałęga¹

1 - III Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej CMUJ, Kraków

Zespolenie i odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego należą do podstawowych umiejętności każdego chirurga. Pomimo poprawnego wykonania zespolenia od strony technicznej, może dojść do jego rozejścia, a w konsekwencji do rozlanego zapalenia otrzewnej i konieczności reoperacji.

Materiały i metody: Wykonano retrospektywną analizę 99 chorych operowanych w zakresie jelita grubego i odbytnicy w III Klinice Chirurgii Ogólnej CMUJ. Większość chorych była operowana z powodu choroby nowotworowej, z czego 4 chorych zoperowano w trybie doraźnym z powodu objawów niedrożności przewodu pokarmowego. W pozostałych przypadkach wskazaniami do zabiegu były: wypadanie odbytnicy, nieswoiste zapalenia jelita grubego, zapalenie otrzewnej, wgłobienie oraz przetoka jelitowo-skrónej.

Wyniki: Wykazano zależność ryzyka nieszczelności zespolenia z objętością przetoczonych płynów w dobie zabiegu ($p=0,01$). W grupie z nieszczelnością zespolenia średnio chorzy otrzymywali 5400ml płynów, w tym 2500ml w czasie 2h. Ponadto wykazano korelację dużych objętości z ryzykiem zgonu u chorych poddanych lewostronnej hemikolektomii ($p=0,001$). Najistotniejszym czynnikiem warunkującym ilość przetoczonych płynów był czas trwania zabiegu (im dłuższy zabieg, tym więcej płynów, $p<0,05$).

Wnioski: Odpowiednia technika operacyjna może nie wystarczyć, aby uzyskać utrzymanie zespolenia w zakresie jelita grubego. Niewłaściwe przygotowanie i nieodpowiednie prowadzenie chorego w okresie okołoperacyjnym może zniweczyć wielogodzinny trud zespołu chirurgicznego. Ograniczenie podaży dożylnych płynów, zarówno w postaci krystaloidów i koloidów, a także preparatów krwiopochodnych oraz żywienia pozajelitowego jest niezwykle istotnym czynnikiem pozwalającym na zachowanie zespolenia jelitowego. Im wcześniej włączona zostanie podaż płynów i pokarmu drogą doustną, tym większe korzyści odniesie. Na przykładzie naszego Ośrodka chcemy pokazać, jak zastosowanie w codziennej praktyce klinicznej metod o udowodnionej skuteczności może poprawić wyniki leczenia.

ZASTOSOWANIE MODYFIKOWANEJ BIOCELULOZY BAKTERYJNEJ W REKONSTRUKCJI NACZYŃ TĘTNICZYCH NIEWIELKIEJ ŚREDNICY.

D. Walczak¹, D. Pawełczak², K. Ludwicka³, M. Kołodziejczyk³, K. Taran⁴, B. Grobelski⁵, S. Miśkiewicz², S. Bielecki³, Z. Pasieka²

1 - 1) Oddział Chirurgiczny Ogólny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie. 2) Zakład Chirurgii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Bełchatów

2 - Zakład Chirurgii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

3 - Instytut Biochemii Technicznej, Politechnika Łódzka, Łódź

4 - Zakład Patomorfologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

5 - Wydział Farmaceutyczny, Łódź

Miażdżyca naczyń, to wciąż najczęstsza przyczyna zgonów w krajach rozwijających się. Próby leczenia z użyciem protez wykonanych z materiałów syntetycznych, takich jak Dakron i Teflon w rekonstrukcji naczyń poniżej 6 mm dają wciąż niezadowalające efekty. W zabiegach pomostowania tętnic wieńcowych, czy niewielkiej średnicy tętnic obwodowych wciąż jedyną alternatywą są przeszczepy naczyń własnych pacjenta. Niestety w 30% przypadków nie mogą być one pobrane z powodu niedostatecznej jakości czy nieodpowiedniej wielkości. Dlatego też koniecznością pozostaje opracowanie nowych protez. Bionanoceluloza bakteryjna, jako naturalny polimer wydaje się być doskonała do tego celu. Wykazuje ona wyjątkową biogodność, odpowiednie właściwości fizyczne i chemiczne, oraz obniżoną trombogenność.

Cel: Celem prowadzonych badań jest ocena funkcjonalności protez wykonanych z modyfikowanej celulozy bakteryjnej w rekonstrukcji naczyń tętniczych poniżej 2 mm średnicy u królika.

Materiały i Metody: Doświadczenia przeprowadzono na królikach. Zwierzęta podzielono na 4 grupy, po 5 królików każda. Grupy badane stanowiły zwierzęta z implantowaną protezą celulozową w tętnicy szyjnej, grupy kontrolne zwierzęta z przeciętą tętnicą i zespoloną koniec do końca. Czas obserwacji wynosił 30 i 90 dni. Po jego upływie króliki zostały powtórnie zoperowane, naczynia i protezy usunięte i poddane ocenie makro- i mikroskopowej.

Wyniki: Wszystkie zwierzęta przeżyły operację. Jedno zwierzę z implantowaną protezą padło 2 dni po zabiegu. U pozostałych zwierząt nie stwierdzono żadnych objawów neurologicznych podczas całego okresu obserwacji. W grupie badanej po 30 dniach obserwacji 3 na 5 protez pozostało drożnych, w grupie badanej po 90 dniach 1 na 4 protezy była drożna. Biokompatybilność bionanocelulozy bakteryjnej została potwierdzona niewielką odpowiedzią tkankową w badaniu histopatologicznym.

Wnioski: Uzyskane wyniki są niejednoznaczne. Drożność protez po miesiącu była akceptowalna, zaś po 3 miesiącach bardzo niska. Dlatego konieczne jest poszerzenie grup badawczych w celu jednoznacznej oceny przydatności bionanocelulozy bakteryjnej jako substytutu naczyń tętniczych niewielkiej średnicy. Warto także rozważyć dalsze modyfikacje tego biomateriału w celu udoskonalenia jego właściwości i umożliwienia potencjalnego zastosowania w tego typu leczeniu.

KRWAWIENIE Z UCHYŁKA MECKELA JAKO PRZYCZYNA PRZEWLEKŁEJ ANEMII – HISTORIA Z HAPPY ENDEM.P. Wawok¹

1 - Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego, Kraków

Opisywany przypadek kliniczny dotyczy 25 – letniego mężczyzny, który po epizodzie zasłabnięcia został przywieziony przez pogotowie do SOR. W wywiadzie pacjent podawał stolce z domieszką krwi od dnia poprzedzającego przyjęcie. W badaniach laboratoryjnych pacjent miał anemię lekkiego stopnia i z uwagi na brak cech klinicznych aktywnego krwawienia do światła przewodu pokarmowego został przyjęty do oddziału internistycznego celem planowej diagnostyki. Na uwagę zasługuje fakt, że około cztery lata wcześniej, pacjent miał podobny epizod i po hospitalizacji w jednym z rejonowych oddziałów internistycznych, gdzie wykonano gastroskopię, u chorego stwierdzono anemię syderopeniczną, przepisano leki doustne i pacjenta wypisano do domu. W trakcie kilkugodzinnego pobytu w oddziale internistycznym u chorego wystąpiły objawy kliniczne krwawienia do światła przewodu pokarmowego pod postacią oddawanych skrzepów krwi. Pacjent został przyjęty do oddziału chirurgicznego gdzie podjęto próbę wykonania doraźnej kolonoskopii. Badanie było niediagnostyczne. Chorego poddano diagnostyce USG i TK brzucha. Badania nie wykazały ewidentnej patologii. U chorego doszło do spadku Hgb o 5,3g/dL w ciągu 24h. Z uwagi na cechy kliniczne krwawienia do światła przewodu pokarmowego i dalszą anemizację chorego zakwalifikowano do laparotomii zwiadowczej w trybie doraźnym. Śródoperacyjnie stwierdzono w około połowie długości jelita cienkiego uchyłek Meckela. W tej okolicy w świetle jelita cienkiego widać było zalegające skrzepy krwi. Po nacięciu szczytu uchyłka widać było sterzące, tryskające krwią naczynie tętnicze. Naczynie tętnicze podkłuło, a cały uchyłek odcięto staplerem liniowym. W badaniu histopatologicznym uchyłka stwierdzono metaplastkę śluzówki żołądka. Pacjent w odległej kontroli pooperacyjnej czuje się dobrze a anemia została wyrównana.

Uchyłek Meckela występuje u około 2% ludzi, częściej u mężczyzn. Jest pozostałością po przewodzie żółtkowo – jelitowym. Anatomicznie zazwyczaj odchodzi od jelita krętego, na brzegu przeciwkreskowym, w odległości około 50cm do 1m od zastawki krętniczo – kątniczej Bauhina. Z reguły ma długość 3-10cm. Składa się ze wszystkich warstw ściany jelita, a więc jest uchyłkiem prawdziwym. Jego śluzówka może zawierać ektopiczną śluzówkę żołądka lub mięsz zewnątrzwydzielniczy trzustki. W związku z tak nietypową strukturą, oprócz stanów zapalnych może dochodzić do owrzodzenia jego śluzówki i następowego krwawienia, a nawet perforacji.

POLIPY JELITA CIENKIEGO JAKO PRZYCZYNA NAWRACAJĄCYCH BÓLÓW BRZUCHA, ANEMII PRZEWLEKŁEJ I WGŁOBIECIA JELITA CIENKIEGO U 23-LETNIEGO PACJENTA.P. Wawok¹, P. Richter¹

1 - I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Kraków

W pracy przedstawiono przypadek 23-letniego mężczyzny który pierwotnie został przyjęty do oddziału gastroenterologicznego z powodu dolegliwości bólowych brzucha, nudności, wymiotów, biegunki oraz gorączki. Ponadto chory kilka lat wcześniej miał stwierdzoną anemię syderopeniczną. W badaniu USG brzucha przy przyjęciu do SOR podejrzewano guza jelita cienkiego. W wykonanym badaniu TK w oddziale gastroenterologicznym stwierdzono wgłobienie jelita cienkiego na długości około 5cm, z pogrubieniem ściany do 18mm. Po konsultacji chirurgicznej pacjenta zakwalifikowano do laparotomii w trybie doraźnym. Śródoperacyjnie stwierdzono dwa miejsca z wgłobieniem jelita cienkiego: na 3.pętli jelita czczego wgłobienie na odcinku 6cm z wyczuwalnym guzem w świetle jelita oraz kolejne w połowie jelita cienkiego na długości około 20cm z wyczuwalnym uszypułowanym polipem. W części środkowej jelita cienkiego wykonano enterotomię. Zlokalizowano polipa średnicy około 1,5cm na długiej szypule, który wycięto. W części proksymalnej jelita wykonano odcinkową resekcję jelita wraz z guzem w świetle. Po rozcięciu preparatu stwierdzono również uszypułowany polip średnicy około 4cm. W badaniu histopatologicznym i immunohistochemicznym polip miał charakter hamartomatyczny typu polipa Peutza-Jeghersa. Polipy te stanowią część rzadkiego dziedzicznego autosomalnie dominującego zespołu Peutza-Jeghersa, charakteryzującego się dodatkowo melanozą błon śluzowych i skóry. Ten zespół jest wywołany przez mutację genu LKB1 komórek linii zarodkowej, który koduje kinazę seryny i treoniny. Sam zespół predysponuje również do występowania nowotworów złośliwych w różnych narządach.

EWENTRACJA – BLIŻSZE SPOJRZENIE.A. Witkowski¹, M. Dobosz¹

1 - Oddział chirurgii ogólnej gastroenterologicznej i żywienia szpital im. M. Kopernika, Gdańsk

Wstęp: Ewentracja jest poważnym powikłaniem wczesnego okresu po operacjach z otwarciem jamy brzusznej. Częstość jego występowania waha się wg różnych autorów między 0,2%, 5% a nawet 7% i wyraźnie zwiększa śmiertelność u pacjentów poddanych laparotomii. Do najważniejszych czynników ryzyka rozejścia się rany pooperacyjnej należą: operacje ze wskazań nagłych, podeszły wiek chorego, niedożywienie i wyniszczenie, choroby towarzyszące pacjentowi, zakażenie miejsca operowanego, nieprawidłowa technika szycia rany.

Cel pracy: Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji medycznej pacjentów, u których doszło do wytrzewienia w okresie pooperacyjnym, w oddziale chirurgii w latach 2008 – 02/2014. **Metodyka:** Analizą objęto wszystkich pacjentów oddziału chirurgii poddanych zabiegom z otwarciem jamy brzusznej w latach 2008 – 02/2014. Ewentrację stwierdzono i leczono u 95 chorych.

Wyniki: W analizowanym okresie przeprowadzono 4718 laparotomii, odpowiednio w 2008 – 783, w 2009 – 757, w 2010 – 713, w 2011 – 769, w 2012 – 827, w 2013 – 741 i do końca 02/2014 – 128. Ewentracją powikłanych było 99 zabiegów, co stanowiło poniżej 2,1% wszystkich laparotomii. 69% ewentracji wystąpiło po operacjach wykonywanych ze wskazań pilnych a 31% po zabiegach w trybie elektynym.

Wnioski: Z przeanalizowanego materiału wynika, że ewentrację miały miejsce częściej po operacjach wykonywanych w trybie pilnym i u pacjentów w wieku podeszłym oraz u osób obciążonych chorobą nowotworową jak i w przypadku zakażenia miejsca operowanego. Mimo starannej techniki zamykania ran pooperacyjnych i dbałości o aseptykę rany ewentracja jest powikłaniem, które towarzyszy chirurgii jamy brzusznej i które trudno całkowicie wyeliminować.

SAMOISTNE PĘKNIĘCIE PĘCZERZA MOCZOWEGO - RZADKA PRZYCZYNA OSTREGO BRZUCHA W PRAKTYCE CHIRURGA OGÓLNEGO.

M. Wojtasik¹, A. Kluciński¹, A. Krajewski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej SP CSK WUM, Warszawa

Wstęp: Pęknięcie pęcherza moczowego u chorych bez wywiadu urazu jest jedną z przyczyn „ostrego brzucha”. Ustalenie rozpoznania i wdrożenie właściwego leczenia może być utrudnione ze względu na brak typowego obrazu w standardowo wykonywanych badaniach obrazowych i niejednoznaczny obraz kliniczny.

Cel pracy: omówienie możliwości diagnostycznych i klinicznych objawów mogących wskazywać na pęknięcie

Metodyka: Opisy dwóch przypadków klinicznych: zaotrzewnowego i dootrzewnowego samoistnego pęknięcia pęcherza moczowego.

Opis przypadków: 37-letni mężczyzna zgłosił silny ból całego brzucha, występujący nagle, bez innych dolegliwości, po obudzeniu ze snu – wcześniej chory spożywał alkohol. W badaniach dodatkowych zwracała uwagę elewacja kreatyniny. W obrazie USG jamy brzusznej zwracał uwagę konglomerat jelit w podbrzuszu oraz ślad płynu w okolicy pęcherzyka żółciowego. W obrazie TK jamy brzusznej uwidoczniono płyn w tkance tłuszczowej miednicy małej i rowkach przyokrężniczych, pęcherz moczowy pusty ale nie obkurczony na balonie cewnika. Śródoperacyjnie uwidoczniono rozległe pęknięcie przedniej ściany pęcherza moczowego z zaciekiem moczu do przestrzeni zaotrzewnowej. 27-mio letni mężczyzna skierowany do oddziału wewnętrznego z podejrzeniem nadużycia alkoholu lub narkotyków z powodu zaburzeń świadomości, po konsultacji przyjęty do kliniki chirurgii z powodu silnych bólów brzucha, które wystąpiły nagle. W TK jamy brzusznej i klasycznym USG jamy brzusznej uwidoczniono znaczną ilość wolnego płynu między pętlami jelitowymi. W badaniach laboratoryjnych zwracała uwagę leukocytoza oraz nieznaczne podwyższenie stężenia kreatyniny. Wykonano ponownie USG z oceną ściany pęcherza moczowego, podczas badania podawano jałowy roztwór 0.9% NaCl do cewnika moczowego, uwidoczniono wypływ płynu z pęcherza moczowego do jamy brzusznej. Śródoperacyjnie rozpoznano rozległe uszkodzenie tylnej ściany pęcherza moczowego. **Wnioski:** U pacjentów z niejasnymi dolegliwościami brzuszными, które wystąpiły po epizodzie nieświadomości, należy brać pod uwagę możliwość wystąpienia pęknięcia ściany pęcherza moczowego. Ultrasonografia i tomografia komputerowa nie są w pełni skuteczne w ocenie uszkodzeń ściany pęcherza moczowego. Wykluczenie innej etiologii objawów, interpretacja niejednoznacznych odchyleń w badaniach obrazowych oraz obserwacja stopnia wypełnienia pęcherza moczowego w miarę przetaczania płynów może być pomocne w ustaleniu rozpoznania.

TĘTNIAK RZEKOMY TĘTNICY NABRZUSZNEJ DOLNEJ – RZADKIE POWIKŁANIE CHIRURGICZNE.Ł. Wysocki¹, M. Makiewicz¹, M. Wroński¹, M. Słodkowski¹

1 - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa

Tętniak rzekomy tętnicy nabrzuszej dolnej (trnd) jest rzadkim powikłaniem zabiegów chirurgicznych obejmujących powłoki brzuszne z niewiele ponad dwudziestoma pojedynczymi przypadkami opisanymi w literaturze. Lokalizacja anatomiczna tętnicy nabrzuszej dolnej (tnd) stwarza potencjalne ryzyko jej uszkodzenia podczas takich zabiegów jak nakłucia i biopsje przezskórne, wyłanianie stomii, zakładanie drenów i trokarów podczas operacji laparoskopowych. W większości opisanych przypadków stwierdzano obecność bolesnego czasem tętniącego oporu w obrębie powłok brzusznych z towarzyszącym ubytkiem morfologii. USG Doppler jest badaniem obrazowym z wyboru w rozpoznawaniu trnd. Skutecznym, ale inwazyjnym sposobem leczenia trnd jest otwarty zabieg chirurgiczny z bezpośrednim podwiązaniem naczynia. Alternatywne, mniej inwazyjne metody leczenia obejmują wewnątrznaczyniową embolizację tętniaka lub przezskórne wstrzyknięcie trombiny pod kontrolą USG. Prezentujemy przypadek 78 – letniej chorej u której to rzadkie powikłanie wystąpiło po założeniu szwów antyewentracyjnych, a rozpoznane zostało na podstawie obrazu klinicznego oraz badania USG Doppler i było skutecznie leczone operacyjnie.

Opis przypadku: 78 - letnia chora po hemikolektomii prawostronnej z powodu raka kątnicy, została przyjęta ponownie dzień po wypisie z cechami ewentracji w dolnym biegunie rany. W trybie ostrym wykonano zeszyte powłok z założeniem dwóch szwów antyewentracyjnych typu ventrofil. Od 7ej doby po operacji obserwowano stały spadek poziomu hemoglobiny we krwi bez cech krwawienia do jamy brzusznej, ani z przewodu pokarmowego. Po usunięciu w 14ej dobie szwów antyewentracyjnych zaobserwowano wyciek niewielkiej ilości treści krwistej z rany po szwie. W badaniu klinicznym stwierdzono w prawym podbrzuszu rozległy, bolesny guz. W wykonanym USG Doppler w miejscu wyczuwalnego oporu uwidoczniono krwiak w powłokach o wymiarach 10 x 6cm z tętniącym przepływem przez uszkodzoną prawą tnd i wypełnianiem się tętniaka rzekomego o wymiarach 2x2cm (zdjęcie). W warunkach bloku operacyjnego, ewakuowano krwiak i podwiązano uszkodzoną prawą tnd. Po zabiegu gojenie rany było dobre, a u chorej do końca hospitalizacji nie wystąpiły już powikłania chirurgiczne.

Wnioski: Ze względu na rzadkość występowania oraz niecharakterystyczny obraz kliniczny rozpoznanie trnd może być trudne; pomimo tego powinno być uwzględnione w każdej diagnostyce różnicowej powikłań zabiegów chirurgicznych obejmujących powłoki brzuszne.

CHANGES IN EXPRESSION OF HTRA SERINE PROTEASES IN COLORECTAL CANCER

D. Żurawa-Janicka¹, J. Kobiela², T. Śleboda³, M. Stanisławowski³, A. Łachiński², Z. Śledziński², Z. Kmiec³, B. Lipińska¹

1 - Department of Biochemistry, Faculty of Biology, University of Gdansk, Gdansk

2 - Department of General, Endocrine and Transplant Surgery, Medical University of Gdansk, Gdansk

3 - Chair and Department of Histology, Faculty of Medicine, Medical University of Gdansk, Gdansk

Colorectal cancer (CRC) is one of the most prevalent and deadly cancers in the world. The development of improved and robust biomarkers to enable screening, surveillance, and therapy monitoring of CRC continues. HtrA (High temperature requirement A) proteins are serine proteases involved in essential cellular processes, including maintenance of mitochondrial homeostasis, cell growth and differentiation, and cell death. Deregulation of their functions contributes to development of several disorders. An altered expression of HtrA genes observed in various types of tumors was found to be correlated with cancer development, metastasis and poorer response to chemotherapeutic treatment.

The aim of the study was to find out whether the HtrA1-3 proteins are implicated in colon oncogenesis and can serve as molecular markers in colorectal cancer. In the study we assayed expression of HtrA1, HtrA2 and HtrA3 genes in adenocarcinoma tissues and normal mucosa (n = 32). We used real-time PCR to estimate mRNA levels of the genes and immunohistochemical (IHC) staining to monitor HtrA proteins' localization in normal and cancer tissues.

We found that mRNA levels of HtrA1 and HtrA2 were significantly higher in colorectal cancer tissues from patients with Dukes C and D stage in comparison to cases with Dukes A and B stage (p=0,0018 and p=0,05, respectively). In case of HtrA3 we did not observe such correlation. We did not find any correlation between expression of HtrA genes and clinicopathological data such as tumor grade and histopathological stage. The IHC analysis of normal mucosa revealed a positive cytoplasmic reaction in enterocytes of crypts and between crypts in lamina propria for all HtrA proteins, and also a weak immunopositive reaction in lymphatic follicles. In contrast, in colorectal cancer tissue HtrA proteins were detected in mucosa epithelium of crypts.

Our results indicate that expression of HtrA genes changes during colon oncogenesis. Expression of HtrA1 and HtrA2 correlates with lymph node metastasis. It suggests that these proteins can be implicated in development and progression of colorectal cancer, and considered as prognostic markers for colorectal cancer patients, however, further studies are needed to confirm our hypothesis.