

ORGAN TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH

POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

ROK ZAŁOŻENIA 1893

WRZESIEŃ 2013 • TOM 85 • SUPLEMENT 1/2013

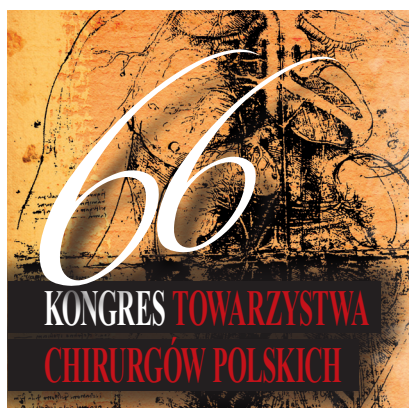


WYDAWCA

FUNDACJA POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

66. Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich

STRESZCZENIA



18–21 września 2013, Warszawa

**Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Koledzy,**

jesteśmy w przededniu 66. Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich. Program naukowy został ustalony przez Komitet Naukowy, którego skład podano w „Suplemencie”. W czasie Kongresu wygłoszonych zostanie 285 wykładów w 50 sesjach. Spośród wykładowców 165 pochodzi z Polski i 55 z zagranicy. Tematyka prac jest niezwykle zróżnicowana i obejmuje szeroki zakres zagadnień. Jestem przekonany, że każdy uczestnik Kongresu będzie miał szansę wysłuchać szczególnie interesujących dla niego wystąpień. Wśród naszych gości z zagranicy największą grupę stanowią chirurdzy z Niemiec i Japonii, ale liczącymi się zespołami są także te z Francji, USA, Anglii i innych krajów. Zarówno polscy wykładowcy, jak i nasi zagraniczni koledzy – to najwyższej klasy chirurdzy, którzy przedstawią nowoczesną wiedzę na temat nurtujących nas obecnie problemów chirurgicznych.

Kongres rozpocznie się warsztatami z chirurgii ogólnej. W trakcie kolejnych sesji omówione zostaną następujące tematy: skojarzone leczenie nowotworów układu pokarmowego, techniki chirurgiczne w leczeniu obrażeń piersiowo-brzusznych, problemy chirurgii bariatrycznej i metabolicznej, chirurgii wątroby i dróg żółciowych, chirurgii bańki wątrobowo-dwunastniczej i trzustki, chirurgii małoinwazyjnej, powikłania śród- i pooperacyjne w chirurgii, leczenie chorych na przepukliny brzuszne, leczenie bólu okołoperacyjnego w chirurgii. Odbędzie się również sesja zorganizowana przez Sekcję Młodych Chirurgów i sesja przeznaczona dla pielęgniarek chirurgicznych. Komitet Naukowy zwrócił się też do organizatorów corocznie zwoływanych sympozjów, by w roku spotkań wszystkich chirurgów polskich odbyły się one podczas naszego święta. Nasze zaproszenie przyjęli chirurdzy „z terenu”, którzy będą mieli swoją sesję podczas Kongresu: *Oddział chirurgiczny – casus*. Zaplanowano także sesje *Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby*, *Mazowieckie Dni Chirurgiczne* oraz tradycyjną już sesję polsko-japońską. Novum tegorocznego Kongresu stanowią dwie sesje zatytułowane *State of the Art*. Przybliżą one wszystkim chirurgom zagadnienia medycyny regeneracyjnej oraz wielospecjalistyczne leczenie chorych na raka przełyku.

Warto także wspomnieć, że członkowie Komitetu Naukowego ocenili 236 prac zgłoszonych na Kongres. Spośród nich 34 prace będą przedstawione ustnie, a pozostałe 202 w postaci plakatów.

„Suplement” zawiera streszczenia większości wystąpień zaproszonych gości oraz wszystkich nadesłanych prac. Jestem przekonany, że dzięki temu łatwiej będzie zorientować się w bogactwie naszej oferty i pogłębić wiedzę na temat interesujących Państwa zagadnień.

Jako przewodniczący Komitetu Naukowego życzę Państwu, by znaleźli Państwo ciekawe dla siebie wykłady i doniesienia, a dzięki zapoznaniu się z najnowszymi trendami i osiągnięciami przyczynili się do dalszego wspaniałego rozwoju polskiej chirurgii.



Marek Krawczyk
przewodniczący Komitetu Naukowego
66. Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich

Komitet Naukowy / Scientific Committee

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk

Sekretarze Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Tadeusz Wróblewski

dr hab. n. med. Mariusz Frączek

Członkowie Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak	prof. dr hab. n. med. Waldemar Olszewski
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bielecki	prof. dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski
prof. dr hab. n. med. Andrzej Borówka	prof. dr hab. n. med. Maciej Otto
prof. dr hab. n. med. Marian Brocki	prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Otto
prof. dr hab. n. med. Leszek Brongel	prof. dr hab. n. med. Piotr Paluszkiwicz
prof. dr hab. n. med. Lech Cierpka	prof. dr hab. n. med. Rafał Paluszkiwicz
prof. dr hab. n. med. Antoni Czupryna	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik
prof. dr hab. n. med. Jacek Dadan	dr hab. n. med. Waldemar Patkowski
prof. dr hab. n. med. Stanisław Dąbrowiecki	prof. dr hab. n. med. Marek Pertkiewicz
prof. dr hab. n. med. Marek Dobosz	prof. dr hab. n. med. Jerzy Polański
prof. dr hab. n. med. Jan Dobrogowski	prof. dr hab. n. med. Piotr Richter
prof. dr hab. n. med. Michał Drews	prof. dr hab. n. med. Wojciech Rowiński
prof. dr hab. n. med. Adam Dziki	prof. dr hab. n. med. Marek Rudnicki
prof. dr hab. n. med. Wojciech Gaszyński	prof. dr hab. n. med. Sławomir Rudzki
prof. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek	prof. dr hab. n. med. Maria Siemionow
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Grabowski	prof. dr hab. n. med. Maciej Skórski
prof. dr hab. n. med. Zygmunt Grzebieniak	dr hab. n. med. Maciej Słodkowski
prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Słowiński
prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień	prof. dr hab. n. med. Jadwiga Snarska
prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski	prof. dr hab. n. med. Krystyn Sosada
prof. dr hab. n. med. Bogusław Kędra	prof. dr hab. n. med. Edward Stanowski
prof. dr hab. n. med. Wojciech Kielan	prof. dr hab. n. med. Walerian Staszkiwicz
prof. dr hab. n. med. Józef Kładny	prof. dr hab. n. med. Andrzej Szawłowski
prof. dr hab. n. med. Piotr Kołodziejczyk	prof. dr hab. n. med. Andrzej Szczepanik
prof. dr hab. n. med. Ireneusz Krasnodębski	prof. dr hab. n. med. Marek Szczepkowski
prof. dr hab. n. med. Piotr Krokowicz	prof. dr hab. n. med. Jacek Szmeja
prof. dr hab. n. med. Jan Kulig	prof. dr hab. n. med. Jacek Szmidt
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kuzdak	prof. dr hab. n. med. Zbigniew Śledziński
prof. dr hab. n. med. Paweł Lampe	prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Leksowski	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner
prof. dr hab. n. med. Ryszard Marciniak	prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek
prof. dr hab. n. med. Marek Maruszyński	dr hab. n. med. Mariusz Wyleżoł
prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja	dr hab. n. med. Dariusz Zadrożny
prof. dr hab. n. med. Ewa Mayzner-Zawadzka	dr n. med. Aleksander Zajac
prof. dr hab. n. med. Hanna Misiótek	prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski
prof. dr hab. n. med. Paweł Murawa	prof. dr hab. n. med. Marian Zembala
prof. dr hab. n. med. Wojciech Noszczyk	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Ziaja
prof. dr hab. n. med. Wojciech Nowak	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zieniewicz
prof. dr hab. n. med. Paweł Nyckowski	

Komitet Organizacyjny / Organizing Committee

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:

prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk

Wiceprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego:

prof. dr hab. n. med. Tadeusz Wróblewski

dr hab. n. med. Mariusz Frączek

Członkowie Komitetu Organizacyjnego:

dr Bartosz Cieślak
dr n. med. Krzysztof Dudek
dr Piotr Gierej
Karolina Grąb
dr n. med. Michał Grąb
dr n. med. Mariusz Grodzicki
dr Ireneusz Grzelak
Wacław Hołówko
dr n. med. Piotr Kalinowski
dr Konrad Kobryń
dr Michał Korba
dr n. med. Oskar Kornasiewicz
dr Marcin Kotulski
Katarzyna Kowalik
dr Sławomir Kozieł
dr Robert Lechowicz
Joanna Ligocka
prof. dr hab. n. med. Marek Maruszyński
dr Łukasz Masior

dr n. med. Bogusław Najnigier
dr Łukasz Nazarewski
dr Małgorzata Nowosad
prof. dr hab. n. med. Paweł Nyckowski
dr hab. n. med. Urszula Ołdakowska-Jedynak
prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Otto
prof. dr hab. n. med. Rafał Paluszkiewicz
dr hab. n. med. Waldemar Patkowski
dr hab. n. med. Jacek Pawlak
dr n. med. Sławomir Polański
dr Marta Przybysz
dr Łukasz Rdzanek
dr n. med. Piotr Remiszewski
dr Michał Skalski
dr n. med. Piotr Smoter
dr Rafał Stankiewicz
dr n. med. Danuta Suchowera
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zieniewicz

WARSZTATY Z CHIRURGII OGÓLNEJ**ŚRODA, 18 września 2013 r., godz. 10.30–16.00**

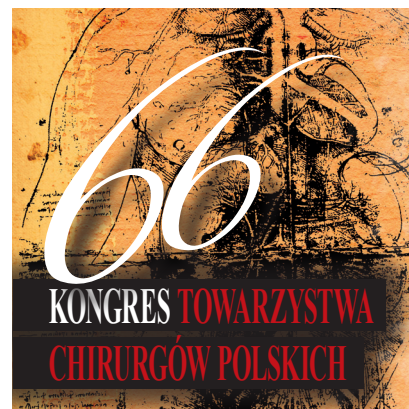
Centrum Dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Księcia Trojdena 2A
02-109 Warszawa

Tematyka:

1. Preparowanie i szycie tkanek – moduł laparoskopowy
Zajęcia będą przeprowadzane na trenażerach laparoskopowych (skrzynki treningowe, kolumny laparoskopowe) na materiałach ćwiczebnych i tkankowych oraz na trenażerach wirtualnych.
2. Szycie i zespalanie tkanek – moduł otwarty
Nauka szycia ręcznego i mechanicznego na materiale tkankowym.
3. Filmy z podstawowych procedur laparoskopowych (appendektomia, laparoscopia diagnostyczna, cholecystektomia)
– moduł filmowy

Program ramowy:

- 10.30–11.00 Rejestracja uczestników
11.00–12.30 Zajęcia w grupach 1–2
12.30–13.00 Przerwa na kawę
13.00–14.30 Zajęcia w grupach 1–2
14.30–15.00 Lunch
15.00–15.45 Moduł filmowy
15.45–16.00 Zakończenie warsztatów i wydanie certyfikatów

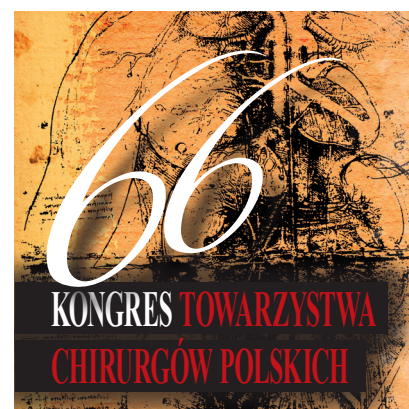


PROGRAM 66. KONGRESU TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH**ŚRODA, 18 września 2013 r.****KOŚCIÓŁ ŚW. ANNY**

9.30–11.30 MSZA ŚWIĘTA – POŚWIĘCENIE SZTANDARU TChP

HOTEL MARRIOTT13.00–16.00 LUNCH
XIII ZEBRANIE ZARZĄDU GŁÓWNEGO TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH**TEATR WIELKI**

18.00–22.00 UROCZYSTE OTWARCIE KONGRESU

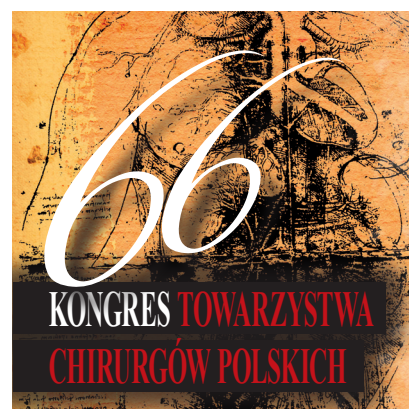
CZWARTEK, 19 września 2013 r.**SALA A**8.30–10.30 PRZEPUKLINA PACHWINY – STANDARDY I NOWOŚCI
10.30–11.00 PRZERWA NA KAWĘ
11.00–13.00 STATE OF THE ART I
13.00–13.30 WYKŁAD SPECJALNY
Historia i znaczenie „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego” dla rozwoju polskiej chirurgii
WOJCIECH NOSZCZYK (Warszawa)
13.30–14.30 LUNCH
14.30–16.00 JATROGENNE USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
16.00–16.30 PRZERWA NA KAWĘ
16.30–18.00 RAK PEŁCERZYKA ŻÓŁCIOWEGO**SALA B**8.30–10.30 SESJA SEKCJI CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ
10.30–11.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30 LUNCH
14.30–16.00 CHIRURGIA PRZEŁYKU
16.00–16.30 PRZERWA NA KAWĘ
16.45–18.00 LECZENIE BÓLU PRZEWLEKŁEGO**SALA B1**8.30–10.30 CHIRURGIA TRZUSTKI
10.30–11.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30 LUNCH
14.30–16.00 POWIKŁANIA PO OPERACJACH JELITA GRUBEGO
16.00–16.30 PRZERWA NA KAWĘ
16.45–18.00 SESJA PROMOCJI KSIĄŻEK 66. KONGRESU TChP**SALA D**8.30–10.30 CHIRURGIA METABOLICZNA
10.30–11.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30 LUNCH
14.30–16.00 CIEKAWY PRZYPADKI I POWIKŁANIA W CHIRURGII BARIATRYCZNEJ – PREZENTACJE WIDEO
16.00–16.30 PRZERWA NA KAWĘ
16.30–18.00 JATROGENNE USZKODZENIA UKŁADU MOCZOWEGO**SALA D1**8.30–10.30 CHIRURGIA MAŁOINWAZYJNA GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH
10.30–11.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30 LUNCH
14.30–16.00 WIDETORAKOSKOPIA
16.00–16.30 PRZERWA NA KAWĘ
16.30–18.00 JAPANESE SYMPOSIUM II – CURRENT STATUS OF LIVER TRANSPLANTATION IN JAPAN

SALA E

8.30–10.30	RAK WĄTROBOWOKOMÓRKOWY
10.30–11.00	PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30	LUNCH
14.30–16.00	RAK BRODAWKI VATERA
16.00–16.30	PRZERWA NA KAWĘ
16.30–18.00	RAK OBWODOWEJ CZĘŚCI TRZUSTKI

SALA F

8.30–10.30	JAPANESE SYMPOSIUM I – SURGERY FOR GASTRO-INTESTINAL CANCER IN JAPAN
10.30–11.00	PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30	LUNCH
14.30–16.00	SESJA SATELITARNA
16.00–16.30	PRZERWA NA KAWĘ
16.30–18.00	OD CHIRURGII OTWARTEJ DO CHIRURGII LAPAROSKOPOWEJ

**PIĄTEK, 20 września 2013 r.****SALA A**

8.30–10.30	SESJA PTChO – POSTĘPY W CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
10.30–11.00	PRZERWA NA KAWĘ
11.00–13.00	STATE OF THE ART II
13.00–13.30	WYKŁAD SPECJALNY 60 lat chirurgii doświadczalnej w Polsce WALDEMAR L. OLSZEWSKI (Warszawa)
13.30–14.30	LUNCH
14.30–16.30	PRZEPUKLINY BRZUSZNE PIERWOTNE I POOPERACYJNE – DOSTĘP OPERACYJNY I WSKAZANIA DO LECZENIA OPERACYJNEGO
16.30–17.00	PRZERWA NA KAWĘ
17.00–19.00	WALNE ZEBRANIE CZŁONKÓW TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH

SALA B

8.30–10.30	SKOJARZONE LECZENIE CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO
10.30–11.00	PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30	LUNCH
14.30–16.30	SKOJARZONE LECZENIE CHORYCH NA RAKA ŻOŁĄDKA
16.30–17.00	PRZERWA NA KAWĘ

SALA B1

8.30–10.30	SESJA SEKCJI ZAKAŻEŃ CHIRURGICZNYCH
10.30–11.00	PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30	LUNCH
14.30–16.30	PROFILAKTYKA I LECZENIE ŻYLNIEJ CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWEJ – OD TEORII DO PRAKTYKI
16.30–17.00	PRZERWA NA KAWĘ

SALA D

8.30–10.30	CHIRURGIA BARIATRYCZNA
10.30–11.00	PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30	LUNCH
14.30–16.30	MAZOWIECKIE DNI CHIRURGICZNE
16.30–17.00	PRZERWA NA KAWĘ

SALA D1

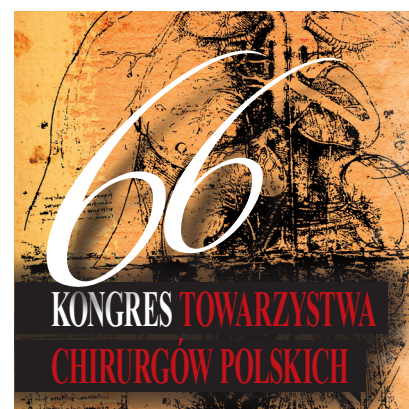
8.30–10.30	SESJA SEKCJI CHIRURGII ENDOKRYNOLOGICZNEJ
10.30–11.00	PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30	LUNCH
14.30–16.30	POSTĘPY CHIRURGII MAŁOINWAZYJNEJ
16.30–17.00	PRZERWA NA KAWĘ

SALA E

- 8.30–10.30 VIII MIĘDZYNARODOWE SYMPOZJUM – POSTĘPY W CHIRURGII
I TRANSPLANTACJI WĄTROBY
10.30–11.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30 LUNCH
14.30–16.30 PRZERZUTY Z RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY
16.30–17.00 PRZERWA NA KAWĘ

SALA F

- 8.30–10.30 SYMPOSIUM OF POLAND-JAPAN SOCIETY OF EXCHANGE IN SURGERY
10.30–11.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.30–14.30 LUNCH
14.30–16.30 SESJA PIELEŃNIARSKA
16.30–17.00 PRZERWA NA KAWĘ

**SOBOTA, 21 września 2013 r.****SALA A**

- 8.30–10.00 DYSKUSJA OKRĄGŁEGO STOŁU – SUKCESY I NIEPOWODZENIA W ZAOPATRYWANIU
TZW. TRUDNYCH PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH
10.00–10.30 PRZERWA NA KAWĘ
10.30–12.30 CHOLECYSTEKTOMIA LAPAROSKOPOWA
12.30–13.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.00–14.30 PRZEPUKLINY PRZEPONOWE – DIAGNOSTYKA I TECHNIKI ZAOPATRZENIA
14.30–15.00 ZAMKNIĘCIE KONGRESU

SALA B

- 8.30–10.00 NASTĘPSTWA ATAKÓW TERRORYSTYCZNYCH I DOŚWIADCZENIA WSPÓŁCZESNEGO POLA WALKI
10.00–10.30 PRZERWA NA KAWĘ
10.30–12.30 LAPAROTOMIA PO URAZIE
12.30–13.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.00–14.30 TORAKOTOMIA PO URAZIE

SALA B1

- 8.30–10.00 POWIKŁANIA PO OPERACJACH W GÓRNEJ CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
10.00–10.30 PRZERWA NA KAWĘ
10.30–12.30 SESJA KONSULTANTA KRAJOWEGO – STAN CHIRURGII POLSKIEJ W II DZIESIĘCIOLECIU XXI WIEKU
12.30–13.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.00–14.30 SESJA SEKCJI CHIRURGII ENDOSKOPOWEJ

SALA D

- 8.30–10.00 OSTRY BÓL OKOŁOOPERACYJNY
10.00–10.30 PRZERWA NA KAWĘ
10.30–12.30 ODDZIAŁ CHIRURGICZNY – CASUS
12.30–13.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.00–14.30 SESJA POLSKIEGO KLUBU KOLOPROKTOLOGII

SALA D1

- 8.30–10.00 SESJA KOŁA MŁODYCH CHIRURGÓW
10.00–10.30 PRZERWA NA KAWĘ
10.30–12.30 SESJA SEKCJI ŻYWIENIA POZA- I DOJELITOWEGO – INTERWENCJA METABOLICZNA
W TRUDNYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH W CHIRURGII
12.30–13.00 PRZERWA NA KAWĘ
13.00–14.30 POWIKŁANIA PO OPERACJACH MAŁOINWAZYJNYCH

SALA E

- 8.30–10.00 SESJA SEKCJI OPARZEŃ – POSTĘPY W LECZENIU OPARZEŃ
10.00–10.30 PRZERWA NA KAWĘ
10.30–12.30 SKOJARZONE LECZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY PRZEWODU POKARMOWEGO
12.30–13.00 PRZERWA NA KAWĘ

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ W – Streszczenia wykładów (W) na zaproszenie..... 1

Przepuklina pachwiny – standardy i nowości	1
Sesja Sekcji Chirurgii Rekonstrukcyjnej.....	1
Chirurgia metaboliczna.....	1
Chirurgia małopłytkowa gruczołów dokrewnych	2
Rak wątrobowokomórkowy.....	3
State of the Art I	4
Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych.....	4
Chirurgia przełyku.....	5
Powikłania po operacjach jelita grubego	7
Ciekawe przypadki i powikłania w chirurgii bariatrycznej – prezentacje wideo.....	8
Wideoendoskopia.....	8
Rak brodawki Vatera	9
Rak pęcherzyka żółciowego	9
Leczenie bólu przewlekłego	10
Jatrogenne uszkodzenia układu moczowego	10
Rak obwodowej części trzustki.....	16
Od chirurgii otwartej do chirurgii laparoskopowej.....	16
Sesja PTChO – Postępy w chirurgii onkologicznej	16
Skojarzone leczenie chorych na raka jelita grubego	17
Sesja Sekcji Zakazań Chirurgicznych.....	18
Chirurgia bariatryczna	18
Sesja Sekcji Chirurgii Endokrynologicznej.....	18
VIII Międzynarodowe Sympozjum „Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby” pod patronatem	20
Komitetu Nauk Klinicznych PAN	20
Wykład specjalny	20
Przepukliny brzuszne pierwotne i pooperacyjne – dostęp operacyjny i wskazania do leczenia operacyjnego... ..	21
Skojarzone leczenie chorych na raka żołądka	21
Profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej – od teorii do praktyki	22
Mazowieckie Dni Chirurgiczne	23
Postępy chirurgii małopłytkowej	24
Przerzuty z raka jelita grubego do wątroby	25
Sesja pielęgniarska	25
Następstwa ataków terrorystycznych i doświadczenia współczesnego pola walki.....	27
Powikłania po operacjach w górnej części przewodu pokarmowego	27
Ostry ból okołoperacyjny	28
Sesja Koła Młodych Chirurgów	29
Sesja Sekcji Oparzeń.....	30
Cholecystektomia laparoskopowa	30
Laparotomia po urazie.....	31
Oddział chirurgiczny – <i>casus</i>	31
Sesja Sekcji Żywienia Poza- i Dojelitowego – Interwencja metaboliczna w trudnych sytuacjach	32
klinicznych w chirurgii	32
Skojarzone leczenie chorych na nowotwory przewodu pokarmowego.....	34
Przepukliny przeponowe – diagnostyka i techniki zaopatrzenia	35
Torakotomia po urazie.....	35
Sesja Sekcji Chirurgii Endoskopowej.....	35
Sesja Polskiego Klubu Koloproktologii	37
Powikłania po operacjach małopłytkowych	37

CZĘŚĆ O – Streszczenia prac zakwalifikowanych do wygłoszenia (O).....39

Chirurgia trzustki	39
Chirurgia metaboliczna.....	40
Chirurgia małopłytkowa gruczołów dokrewnych	41
Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych.....	41
Powikłania po operacjach jelita grubego	42
Wideoendoskopia.....	42
Rak obwodowej części trzustki.....	43
Chirurgia bariatryczna	44
Przepukliny brzuszne pierwotne i pooperacyjne – dostęp operacyjny i wskazania do leczenia operacyjnego... ..	45
Skojarzone leczenie chorych na raka żołądka	46
Postępy chirurgii małopłytkowej	47
Przerzuty z raka jelita grubego do wątroby	47
Powikłania po operacjach w górnej części przewodu pokarmowego	48
Ostry ból okołoperacyjny	50
Cholecystektomia laparoskopowa.....	50
Laparotomia po urazie.....	51
Skojarzone leczenie chorych na nowotwory przewodu pokarmowego.....	52
Torakotomia po urazie.....	54
Powikłania po operacjach małopłytkowych	55

CZĘŚĆ P – Streszczenia prac zakwalifikowanych na plakaty (P)57

Przepuklina pachwiny – standardy i nowości	57
Chirurgia trzustki	60
Chirurgia metaboliczna.....	69
Chirurgia małoinwazyjna gruczołów dokrewnych	71
Rak wątrobowokomórkowy.....	74
Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych	75
Chirurgia przełyku.....	77
Powikłania po operacjach jelita grubego	79
Rak brodawki Vatera	82
Leczenie bólu przewlekłego	83
Jatrogenne uszkodzenia układu moczowego	84
Rak obwodowej części trzustki.....	84
Skojarzone leczenie chorych na raka jelita grubego	85
Chirurgia bariatryczna	89
Przepukliny brzuszne pierwotne i pooperacyjne – dostęp operacyjny i wskazania do leczenia operacyjnego... ..	92
Profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej – od teorii do praktyki	94
Przerzuty z raka jelita grubego do wątroby	96
Sesja pielęgniarska	99
Powikłania po operacjach w górnej części przewodu pokarmowego	100
Ostry ból okołoperacyjny	103
Cholecystektomia laparoskopowa	104
Laparotomia po urazie.....	106
Skojarzone leczenie chorych na nowotwory przewodu pokarmowego.....	106
Powikłania po operacjach małoinwazyjnych	109

CZĘŚĆ V – Streszczenia prac zakwalifikowanych na plakaty Varia (V)..... 113

CZĘŚĆ I – Indeks autorów

166

Przepuklina pachwiny – standardy i nowości

W-00021

POSTĘPOWANIE Z PRZEPUKLINĄ UWIĘZIĘTĄ

Rafał Solecki

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej UJ w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Uwięźnięcie przepukliny stanowi nadal duży problem terapeutyczny. Pomimo wzrostu ilości elektywnych zabiegów zaopatrzenia przepukliny, chirurg nadal spotyka się z problemem przepukliny uwięźniętej.

Cel: Celem pracy jest zaprezentowanie aktualnych wytycznych postępowania z przepukliną uwięźniętą.

Materiał i metody: Bazując na aktualnym piśmiennictwie, przedstawiono rekomendacje dotyczące leczenia przepukliny uwięźniętej. Leczenie uwięźniętej przepukliny pachwinowej nie różni się obecnie od leczenia przepukliny pachwinowej operowanej planowo – w przypadku przepukliny pachwinowej – zabiegi beznapięciowe z użyciem wszczepu syntetycznego, z wyjątkiem zabiegów połączonych z resekcją jelita grubego. W przypadku przepuklin brzusznych zalecane postępowanie obejmuje zabieg z użyciem wszczepu syntetycznego, wyłączając z tej grupy chorych z rozlanym zapaleniem otrzewnej, gdzie zastosowanie wszczepu syntetycznego jest kontrowersyjne.

Wyniki: Zalecane znieczulenie stosowane przy zabiegach zaopatrzenia przepukliny pachwinowej to znieczulenie dordzeniowe z możliwością konwersji do znieczulenia ogólnego. W przypadku uwięźniętej przepukliny brzusznej zalecane jest znieczulenie ogólne. Zastosowanie laparoskopii w przypadku uwięźniętych przepuklin ma jak na razie ograniczone zastosowanie i może być pomocne w ocenie jamy otrzewnej przed decyzją o zastosowaniu wszczepu syntetycznego.

Wnioski: Leczenie operacyjne uwięźniętej przepukliny nadal stanowi duże wyzwanie dla chirurga. Uwięźnięcie przepukliny jest stanem wymagającym doraźnej interwencji chirurgicznej.

Słowa kluczowe: przepuklina uwięźnięta.

Sesja Sekcji Chirurgii Rekonstrukcyjnej

W-00073

REKONSTRUKCJA DOLNEGO PIĘTRA TWARZY PO ROZLEGŁYCH NOWOTWORACH REGIONU GŁOWY I SZYI

Cezary Szymczyk

Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii, Instytut IMSC w Gliwicach

STRESZCZENIE

Wstęp: W przeszłości zastosowanie płatów lokalnych i regionalnych w rekonstrukcji dolnego piętra twarzy skutkowało złym wynikiem czynnościowo-estetycznym. Obecnie w rekonstrukcji żuchwy najczęściej wykorzystywany jest wolny płat strzałkowy.

Cel: Ocena wyników leczenia u chorych po rozległych resekcjach nowotworów regionu głowy i szyi z rekonstrukcją płatem strzałkowym i biodrowym.

Materiał i metody: Materiał kliniczny obejmuje 251 kolejnych chorych, u których rekonstruowano żuchwę z wykorzystaniem płata strzałkowego (184 chorych), biodrowego (36 chorych) oraz kombinacji dwóch wolnych płatów (19 chorych). Wybór płata zależał od rodzaju defektu, lokalizacji ubytku poresekcyjnego, właściwości miejsca biorczego.

Wyniki: Zaproponowano koncepcję trójwyspowego wolnego płata strzałkowego zastosowanego w złożonych ubytkach żuchwy, dna jamy ustnej i ruchomej części języka zastosowanego u 12 chorych. Całkowita przeżywalność płatów wolnych w grupie 251 pacjentów wyniosła 98%. Ocena jakości życia z wykorzystaniem zmodyfikowanego kwestionariusza „Uniwersytetu Waszyngtońskiego” wykazała bardzo dobre wyniki leczenia.

Wnioski: Wybór wolnego płata do rekonstrukcji żuchwy uwzględniał lokalizację i wielkość ubytku żuchwy, zewnątrz- i wewnątrzny kompo-

nent ubytku tkanek miękkich, charakterystykę miejsca biorczego oraz schorzenia współistniejące.

Słowa kluczowe: nowotwory głowy i szyi, chirurgia rekonstrukcyjna, wolne płaty.

W

W-00072

ZASTOSOWANIE PŁATÓW LOKALNYCH W REKONSTRUKCJACH PORESEKCYJNYCH REGIONU GŁOWY I SZYI

Łukasz Krakowczyk

Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii, Instytut IMSC w Gliwicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Jednym z wyzwań chirurgii plastycznej w dalszym ciągu pozostaje rekonstrukcja i zamykanie ubytków tkanek o różnej etiologii i lokalizacji. Wśród wielu technik chirurgii rekonstrukcyjnej stosowanej w chirurgii odtwórczej regionu głowy i szyi na szczególną uwagę zasługują plastyki miejscowe.

Cel: Analiza wyników leczenia chirurgicznego nowotworów skóry regionu głowy i szyi z zastosowaniem plastyk miejscowych.

Materiał i metody: W latach 2008–2012 w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej operowano 88 pacjentów z rozpoznaniem histopatologicznie nowotworem złośliwym skóry regionu głowy i szyi. U wszystkich chorych zastosowano płaty lokalne w celu rekonstrukcji ubytku poresekcyjnego.

Wyniki: W 90% przypadków uzyskano radykalność zarówno makro-, jak i mikroskopową, w 80% przypadków uzyskano bardzo dobry efekt kosmetyczny, w pozostałych 20% zadowalający. 15% przypadków wymagało ponownej korekty płata w celu poprawy efektu estetycznego.

Wnioski: Znajomość technik chirurgii plastycznej oraz ich zastosowanie w ubytkach poresekcyjnych regionu głowy i szyi jest nieodzownym elementem w codziennej praktyce chirurga onkologa, a ich zastosowanie wiąże się z poprawą uzyskanych wyników estetycznych i kosmetycznych.

Słowa kluczowe: rak skóry, plastyki miejscowe, chirurgia rekonstrukcyjna.

Chirurgia metaboliczna

W-00053

OCENA RYZYKA OKOŁOOPERACYJNEGO U OSÓB Z OTYŁOŚCIĄ OLBRZYMIĄ I JEJ POWIKŁANIAM

Jacek Dadan, Piotr Myśliwiec, Hady Razak Hady

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UMB

STRESZCZENIE

Wstęp: Najskuteczniejszym sposobem leczenia otyłości olbrzymiej jest chirurgia bariatryczna, która pozwala nie tylko na redukcję masy ciała pacjentów, ale przede wszystkim zmniejsza śmiertelność, poprawia jakość życia chorych oraz umożliwia ich powrót do aktywności socjalnej i zawodowej. Ryzyko operacji bariatrycznych jest wyższe, szczególnie w przypadku otyłości typu brzusznej będącej często przyczyną zespołu metabolicznego.

Cel: Chociaż nie ma idealnego narzędzia oceniającego indywidualne ryzyko, najlepszym wydaje się skala zaproponowana przez deMaria i wsp. – OS-MRS (*obesity surgery mortality risk score*). Ryzyko zgonu okołoperacyjnego waha się według OS-MRS od 0,2% u kobiet < 45. roku życia z BMI < 50 kg/m², bez nadciśnienia i czynników ryzyka zatorowości do 2,4% u mężczyzn > 45. roku życia, z BMI > 50 kg/m², obciążonych nadciśnieniem i czynnikami ryzyka zatorowości płucnej.

Materiał i metody: W zależności od typu operacji, chirurgia bariatryczna obciążona jest zróżnicowanym ryzykiem śmiertelności i chorobowości okołoperacyjnej. W celu zminimalizowania ryzyka zabiegu u chorych najbardziej obciążonych, z BMI > 50 kg/m², wskazane jest rozważenie kilkietapowej strategii leczenia, uwzględniającej dietę bardzo niskokaloryczną, balon dożołądkowy, rękawowe wycięcie żołądka i w razie potrzeby zabieg restrykcyjno-wyłączający lub wyłączający jako ostatni etap.

W

Wyniki: Zalecamy wnikliwą indywidualną ocenę ryzyka operacyjnego, zwłaszcza w przypadku licznych chorób współistniejących, prowadzących do niewydolności krążenia i oddychania już w okresie przedoperacyjnym.

Wnioski: Znacząc potencjalne korzyści oraz ryzyko, każdy pacjent może świadomie podjąć decyzję o poddaniu się proponowanemu leczeniu. Chociaż u niektórych pacjentów to ryzyko jest wysokie, to wobec braku skutecznej terapii alternatywnej zalecane jest jego podjęcie, zarówno przez chorego, jak i doświadczony zespół bariatryczny.

Słowa kluczowe: otyłość ołbrzymia, chirurgia bariatryczna, ryzyko operacji.

Chirurgia małoinwazyjna gruczołów dokrewnych

W-00052

CHIRURGIA MAŁOINWAZYJNA PRZYTARCZYC

Marcin Barczyński

III Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

STRESZCZENIA

Wstęp: W ostatnich latach koncepcja leczenia operacyjnego pierwotnej nadczynności przytarczyc (PNP) uległa zasadniczej zmianie. Obecne klasyczna obustronna eksploracja szyi jest wykonywana coraz rzadziej, a jej miejsce zajęła tzw. małoinwazyjna paratyreoidektomia (MIP).

Cel: Celem wykładu jest omówienie koncepcji zabiegu MIP.

Materiał i metody: W oparciu o własne doświadczenia w leczeniu ponad 600 chorych z PNP z wykorzystaniem zabiegów małoinwazyjnych oraz dotychczas opublikowane wyniki badań omówiono szczegółowo koncepcję zabiegu MIP.

Wyniki: MIP jest zabiegiem zogniskowanym na usunięcie z niewielkiego cięcia pojedynczego gruczolaka przytarczycy zlokalizowanego w przedoperacyjnych badaniach obrazowych, bez konieczności śródoperacyjnej identyfikacji i oceny pozostałych przytarczyc, za to często ze śródoperacyjnym monitoringiem stężenia parathormonu celem oceny skuteczności zabiegu i minimalizacji ryzyka przeoczenia choroby wielogruzołowej. MIP, jak wykazano w kilku badaniach z randomizacją, wiąże się z niższym ryzykiem rozwoju pooperacyjnej hipokalcemii i skróceniem czasu zabiegu, przy zachowanej wysokiej skuteczności w przywracaniu normokalcemii. Termin MIP obejmuje kilka odmian techniki operacyjnej, które szczegółowo omówiono w tym wykładzie. U części chorych z ujemnymi bądź rozbieżnymi wynikami przedoperacyjnych badań obrazowych i podejrzeniem choroby wielogruzołowej obustronna eksploracja szyi pozostaje nadal metodą z wyboru.

Wnioski: Najczęściej popełnianym błędem jest niewłaściwa kwalifikacja chorych z pierwotną nadczynnością przytarczyc do zabiegu MIP w sytuacji, w której należy wykonać obustronną eksplorację szyi. Zabiegów MIP nie należy wykonywać w ośrodkach, w których brakuje nawet jednej, uważanej za niezbędną, składowej MIP: chirurga z dużym doświadczeniem w klasycznej chirurgii przytarczyc, dostępu do wysokiej jakości badań obrazowych umożliwiających preselekcję chorych do operacji zogniskowanej na usunięcie uwidocznionej przedoperacyjnie zmiany, możliwości śródoperacyjnego oznaczenia stężenia parathormonu w oparciu o szybką metodę (np. immunoenzymatyczną ELISA).

Słowa kluczowe: małoinwazyjna chirurgia przytarczyc, pierwotna nadczynność przytarczyc, małoinwazyjna paratyreoidektomia, śródoperacyjny monitoring parathormonu.

W-00096

ZAŁOŻENIA I TECHNICZNE MOŻLIWOŚCI LECZENIA MAŁOINWAZYJNEGO CHOROBY TARCZYCY

Aleksander Konturek

III Katedra Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Choroby tarczycy według danych WHO dotyczą ponad 300 milionów ludzi na całym świecie. W Polsce rozmiary zjawiska są również

duże, zważywszy na liczby. W populacji polskiej z powodu różnych schorzeń gruczołu tarczowego wykonuje się ok. 25 tys. zabiegów rocznie, co daje 4. miejsce co do częstości spośród innych operacji w naszym kraju.

Cel: Ukazanie różnic w założeniach i technicznych możliwościach leczenia tarczycy z zastosowaniem technik małoinwazyjnych.

Materiał i metody: Klasyczna jednostronna lub obustronna tyreoidektomia z dostępu szyjnego z cięciem u podstawy szyi jest nadal najbardziej preferowaną techniką usunięcia gruczołu tarczowego. Rozwój instrumentarium pozwolił na wprowadzenie nowoczesnych, endoskopowych technik zabiegowych w chirurgii tarczycy. Na uwagę zasługują tutaj zabiegi w technice MIVAT (*minimal-invasive video-assisted thyroidectomy*), wprowadzone i udoskonalone przez prof. Miccolli. Technikę wideoasysty wykorzystano również do operacji gruczołu tarczowego z dostępu pachowego bez wykorzystania odmy podskórnej, początkowo poprzez dół pachowy w technice ABBA (*axillary-bilateral-breast approach*), a następnie dzięki udoskonaleniu instrumentarium i metody stworzyło warunki do opracowania metody obustronnego pachowego dostępu do gruczołu tarczowego BABA (*bilateral-axillary-breast approach*). Techniki te stworzyły również podstawy teoretyczne i praktyczne wykorzystania robotów do operacji tarczycy – technika RATS (*robotic assisted transaxillary surgery*) z wykorzystaniem robota Da Vinci. Inne stosowane obecnie dostępy operacyjne to: technika TOVAT (*totally transoral video-assisted thyroidectomy*) – jedyny dostęp przez dno jamy ustnej, oraz technika wideoskopowa wykorzystująca dostęp grzbietowy, czyli cięcie na wysokości karku do operacji po jednej stronie ciała pacjenta.

Wyniki: Techniki endoskopowe poprawiają względy kosmetyczne, jednak wielokrotnie nie są zabiegami małoinwazyjnymi.

Wnioski: Techniki małoinwazyjne i endoskopowe stanowią obecnie ważny punkt w strategii leczenia operacyjnego schorzeń tarczycy, niemniej wciąż wysokie koszty aparatury limitują wykorzystanie tych technik, rezerwując je dla ośrodków akademickich i dużych centrów szkoleniowych na całym świecie.

Słowa kluczowe: zabiegi małoinwazyjne tarczycy.

W-00114

ALLOTRANSPLANTACJE PRZYTARCZYC

Ireneusz Nawrot¹, Witold Chudziński¹, Tomasz Ciąčka¹, Bogdan Woźniewicz², Jacek Szmidt¹

¹Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Centrum Zdrowia Dziecka

STRESZCZENIE

Wstęp: Niedoczynność przytarczyc jest najczęściej patologią nabytą, pooperacyjną. Obecnie jedynym powszechnym sposobem jej leczenia jest suplementacja pochodnymi wit. D₃ i preparatami wapnia. Innym rozwiązaniem może być allotransplantacja tkankowa fragmentu przytarczycy u chorego na immunosupresji. Alternatywnym rozwiązaniem problemu immunosupresji i odrzucania może być przeszczep hodowanych komórek o znacznie zmniejszonej immunogenności.

Cel: Ocena skuteczności przeszczepów komórkowych w leczeniu pooperacyjnej niedoczynności przytarczyc.

Materiał i metody: Materiał wykorzystywany do hodowli i allotransplantacji pochodził od dawców, którym przytarczycy zostały usunięte z powodu wtórnej do niewydolności nerek nadczynności przytarczyc. Przygotowanie do hodowli fragmentów przytarczyc dawcy polegało na wyizolowaniu komórek endokrynych i pozbycia się tzw. *passenger cells*, tj. komórek prezentujących antygeny klasy II HLA (modyfikacja wg Tołłoczki i Woźniewicza metody hodowli izolowanych komórek, a nie tkanki). Dokonywano również ich fenotypowej oceny za pomocą przeciwciał monoklonalnych: anty-CD3, CD4, CD8, CD22, CD31, CD68, HLA klasy I (A,B) i II (DQ,DP,DR). Komórki wykazujące w badaniu immunohistochemicznym ekspresję parathormonu i największą zdolność do jego wydzielania bankowano w ampułkach w temp. -196°C. Krioprezerwacja komórek powodowała dodatkowo „zmniejszenie” ekspresji antygenów klasy I HLA w komórkach endokrynych przytarczyc. Przed planowaną transplantacją komórki poddawano szybkiemu odmrażaniu, umieszczano w ampułkach w 2 ml surowicy biorcy o temperaturze 4°C. W warunkach bloku operacyjnego, w znieczuleniu miejscowym, w 1/3 górnej przedramienia ręki niedominującej, po niewielkim nacięciu skóry podpowięziowo wstrzykiwano 2 cm³ zawiesiny komórkowej.



Wyniki: W oparciu o wyniki wykonanych do końca lipca 2013 r. 237 allo- i retransplantacji stwierdzono, iż u 57% biorców allogeniczny przeszczep przytarczyc bez stosowania immunosupresji podjął skuteczną czynność. Metoda ta pozbawiona jest jakichkolwiek objawów niepożądanych miejscowych i ogólnych.

Wnioski: Allograftacja hodowanych komórek może być w 57% skuteczną i alternatywną metodą leczenia przetrwałej pooperacyjnej niedoczynności przytarczyc.

Słowa kluczowe: przytarczycze.

Rak wątrobowokomórkowy

W-00046

CHEMIOTERAPIA I TERAPIA CELOWANA

Andrzej Deptała

Klinika Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW Zakład Profilaktyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Wstęp: Pomimo licznych prób chemioterapii, postęp w leczeniu systemowym zaawansowanego nieresekcyjnego HCC dokonał się z chwilą wprowadzenia do klinicznego stosowania leków celowanych molekularnie.

Cel: Przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat leczenia systemowego tego typu raka.

Materiał i metody: Systematyczny przegląd piśmiennictwa.

Wyniki: Doksorubicyna (DOX) w monoterapii zapewniała odsetek odpowiedzi (RR) 10–20% z czasem przeżycia 3–4 miesiące, ale dyskusyjne było wydłużenie przeżycia całkowitego (OS) przez ten lek. W badaniach nie udowodniono przewagi wielolekowych schematów chemioterapii nad DOX. Zachęcające wyniki leczenia schematem GEMOX + bewacyzumab lub cetuksymab wymagają potwierdzenia w badaniach III fazy. Wieloośrodkowe, prospektywne, randomizowane względem placebo badanie SHARP udowodniło, że sorafenib (SOR) w porównaniu z placebo wydłuża statystycznie znamienne OS (mediana OS odpowiednio 10,7 vs 7,9 miesiąca, wskaźnik ryzyka = 0,69, $p < 0,001$). Czas przeżycia do progresji (TTP) oraz wskaźnik kontroli choroby (DCR) wypadły również na korzyść SOR (TTP 5,5 vs 2,8 miesiąca, $p < 0,001$, oraz DCR 43% vs 32%, $p = 0,002$). Ogólna częstość poważnych objawów niepożądanych w obu ramionach była podobna, jednakże w grupie leczzonej SOR częściej występowały w stopniu 3 i 4: utrata wagi ciała (2% vs 0%), biegunka (8% vs 2%) i skórna reakcja ręka-stopa (8% vs < 1%). Porównywalne wyniki uzyskano w drugim badaniu III fazy, tzw. badaniu Asia-Pacific – wydłużenie OS w stosunku do placebo (6,5 vs 4,2 miesiąca, wskaźnik ryzyka = 0,68, $p = 0,014$) i TTP (2,8 vs 1,4 miesiąca, wskaźnik ryzyka = 0,57, $p < 0,001$). Częstość i rodzaj objawów niepożądanych nie różniły się istotnie od tych, które obserwowano w badaniu SHARP. W randomizowanym badaniu II fazy wykazano, że połączenie DOX + SOR zapewnia wydłużenie mediany OS (8,6 miesiąca) w porównaniu z DOX (4,8 miesiąca; wskaźnik ryzyka = 0,60; $p = 0,076$).

Wnioski: Sorafenib stał się nowym standardem w leczeniu zaawansowanego/przerzutowego HCC oraz lekiem referencyjnym przy konstruowaniu przyszłych badań klinicznych. Inne leki celowane molekularnie (np. erlotynib, ewerolimus, brywanib, linifanib, rapamycyna, bewacyzumab) są nadal testowane w badaniach II i III fazy.

Słowa kluczowe: rak wątrobowokomórkowy, chemioterapia, terapia celowana, sorafenib.

W-00101

POLSKI REJESTR CHORYCH HCC LIVER

Krzysztof Zieniewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Jak dotychczas nie ma dostępnych danych epidemiologicznych w polskiej medycynie, bowiem Krajowy Rejestr Nowotworów zbiera dane

wg ICD-10. Poznanie skali problemu i publikacja wyników umożliwi poznanie tej grupy chorych i ułatwi podejmowanie decyzji dotyczących diagnostyki, leczenia i monitorowania pacjentów z HCC. Co więcej, zakłada się zwiększenie społecznej i profesjonalnej świadomości narastającego problemu leczenia pacjentów z HCC, bowiem wg szacunkowych danych zachorowalność jest większa od oficjalnej (liczba zgonów > liczby zachorowań). Ponadto istnieje konieczność multidyscyplinarnej współpracy w procesie rozpoznawania, leczenia i monitorowania pacjentów.

Cel: Celem rejestru LIVER (*Liver cancer patients' suitable for targeted therapies Evaluation Registry*) jest zebranie danych epidemiologicznych dotyczących rozpoznawania i leczenia chorych z HCC w Polsce.

Materiał i metody: Prace nad projektem rozpoczęto w 2009 r. od przygotowań techniczno-logistycznych przy wsparciu firmy Bayer. Uzgodniono schemat rejestru oraz zawartości CRF-ów. Rejestr uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Patronat naukowy nad rejestrem objęli profesorowie: Krzysztof Krzemieniecki, Krzysztof Simon i Krzysztof Zieniewicz. 2 listopada 2009 r. rozpoczęto rejestr LIVER.

Wyniki: W styczniu 2012 r. opublikowano pierwszą analizę rejestru na kongresie ASCO-GI w San Francisco, kolejną przedstawiono na kongresie IHPBA w Paryżu w lipcu 2012 r. W ciągu pierwszych lat prowadzenia rejestru zebrano dane blisko 1000 pacjentów – podjęto decyzję o rozszerzeniu rejestru do łącznej liczby 2000 pacjentów.

Wnioski: Kolejna dokładna analiza statystyczna danych oczekiwana jest we wrześniu 2013 r. Poznanie skali problemu i publikacja wyników umożliwi poznanie tej grupy chorych i ułatwi podejmowanie decyzji dotyczących diagnostyki, leczenia i monitorowania pacjentów z HCC.

Słowa kluczowe: rak wątrobowokomórkowy, rejestr chorych.

W-00105

HCC - POLSKA - SKALA PROBLEMU

Maciej Krzakowski

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

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak wątrobowokomórkowy zajmuje 6. miejsce pod względem częstości zachorowań na świecie i jest 3. przyczyną zgonów z powodu nowotworów. Zachorowalność na raka wątrobowokomórkowego w Polsce jest średnia (rocznie nowotwór jest rozpoznawany u ok. 1600 osób), ale stale wzrasta (rzeczywista liczba nie jest znana – ocenia się, że wynosi ok. 2000 nowych przypadków rocznie).

Cel: Około 90% zachorowań ma związek ze znanym czynnikiem ryzyka, jakim jest marskość wątroby (w Polsce – głównie spowodowana zapaleniem wątroby typu C i wysokim spożyciem alkoholu).

Materiał i metody: Związek marskości i raka wątrobowokomórkowego uzasadnia podejmowanie działań zapobiegawczych (szczepienia przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu B i programy zmniejszenia ryzyka zakażenia wirusami typu B oraz C). Marskość wątroby jest czynnikiem ryzyka raka wątrobowokomórkowego (przynajmniej – chorzy w stopniach A i B według czynnościowej klasyfikacji Childa-Pugha), co uzasadnia prowadzenie planowego nadzoru przy użyciu badań ultrasonograficznych jamy brzusznej powtarzanych w rytmie 6-miesięcznym (niestety w Polsce nie jest prowadzony program nadzoru).

Wyniki: Rozpoznanie raka wątrobowokomórkowego we wczesnych stadiach z wykorzystaniem metod obrazowej diagnostyki nieinwazyjnej i/lub oceny patomorfologicznej jest możliwe u 30–60% chorych w krajach rozwiniętych, co umożliwi zastosowanie postępowania z założeniem uzyskania wyleczenia. Częstość rozpoznawania wczesnego raka wątrobowokomórkowego w Polsce jest nadal niedostateczna, co powoduje gorsze rokowanie w związku z niską liczbą radykalnych resekcji.

Wnioski: Niestety, u większości chorych nowotwór jest rozpoznawany w stadium pośrednim lub zaawansowanym i możliwe jest zastosowanie miejscowych metod ablacyjnych (np. termiczna ablacja prądem o wysokiej częstotliwości) lub wyłącznie postępowania paliatywnego (np. leczenie sorafenibem) z założeniem uzyskania wydłużenia i poprawy jakości życia bez możliwości osiągnięcia wyleczenia.

Słowa kluczowe: rak wątrobowokomórkowy, epidemiologia, rozpoznawanie, leczenie.

W-00075

PIERWSZY W POLSCE PRZESZCZEP TWARZY I PIERWSZY NA ŚWIECIE PRZESZCZEP TWARZY RATUJĄCY ŻYCIE

Adam Maciejewski

Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Centrum Onkologii, Instytut IMSC w Gliwicach

STRESZCZENIE

Wstęp: W ostatnich latach dokonał się wielki postęp w chirurgii transplantacyjnej twarzy, czego dowodem jest wykonanie 26 przeszczepień tego narządu.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie przypadku przeszczepienia twarzy z oceną funkcjonalną i estetyczną u pacjenta po rozległym, amputacyjnym urazie twarzy.

Materiał i metody: Do pierwszego w Polsce przeszczepu twarzy został zakwalifikowany 32-letni pacjent, który doznał rozległego urazu amputacyjnego twarzy w zakresie tkanek miękkich i kostnych środkowego i dolnego piętra twarzy. Po nieudanej próbie replantacji amputowanych tkanek chory został zakwalifikowany do pilnego, ratującego życie przeszczepu twarzy. Pobrane tkanki od zmarłego dawcy po 27-godzinnej operacji przeszczepiono biorcy, wykonując łącznie 14 mikrozespołów naczyniowych oraz nerwowych.

Wyniki: Uzyskano zadowalający efekt funkcjonalny i estetyczny. W badaniach obrazowych potwierdzono prawidłową symetrię zespalanych elementów kostnych oraz prawidłową perfuzję przeszczepionych tkanek. W 16. dobie po zabiegu usunięto rurkę tracheostomijną, gastrostomię w 26. dobie. Pacjent wypisany z Oddziału w 76. dobie po zabiegu.

Wnioski: Alotransplantacja twarzy staje się metodą z wyboru u chorych po rozległych urazach twarzoczaszki, u których konwencjonalne metody chirurgii rekonstrukcyjnej nie są w stanie odtworzyć funkcjonalnie i estetycznie utraconych narządów twarzoczaszki. Kwalifikacja biorców do przeszczepienia twarzy powinna być jednak bardzo szczegółowo zaplanowana i ostrożna ze względu na rozległość zabiegu oraz dożywność immunosupresję.

Słowa kluczowe: przeszczep twarzy, alotransplantacja, chirurgia rekonstrukcyjna.

W-00115

MOŻLIWOŚCI ODTWORZENIA FUNKCJI AMPUTOWANEJ KOŃCZYNY GÓRNEJ NA RÓŻNYCH POZIOMACH DROGĄ TRANSPLANTACJI

Jerzy Jabłecki, Leszek Kaczmarzyk, Adam Domanasiewicz, Adam Chelmoński, Ahmed Elsaftawy

Oddział Chirurgii Ogólnej, Pododdział Replantacji Kończyn Szpitala św. Jadwigi Śląskiej, Trzebnica

STRESZCZENIE

Wstęp: Każdego roku powiększa się grupa chorych wymagających rekonstrukcji tkanek wynikających z urazów mechanicznych, operacji onkologicznych bądź związanych z wadami wrodzonymi. Konwencjonalne sposoby leczenia takich defektów tkankowych z pomocą rehabilitacji, protezowania bądź wieloetapowych operacji rekonstrukcyjnych z wykorzystaniem tkanek własnych często nie pozwalają uzyskać optymalnego efektu funkcjonalnego i estetycznego. Pojawienie się w ostatnich latach ubiegłego wieku metod łączących techniki mikrochirurgii z osiągnięciami immunologii transplantacyjnej stwarza zupełnie nowe możliwości rekonstrukcji z wykorzystaniem złożonych przeszczepów tkankowych (*composite tissue allograft* – CTA). Transplantacja kończyny (HT), która polega właśnie na przeszczepieniu zespołu tkanek, takich jak: skóra, mięśnie, ścięgna, naczynia krwionośne, nerwy, szpik kostny i elementy układu chłonnego, stanowi typowy przykład CTA.

Materiał i metody: Miarą sukcesu i doświadczenia klinicznego w przeszczepianiu kończyny górnej są: doskonałe opanowanie techniki chirurgicznej, odpowiednie leczenie zapobiegające odrzucaniu wielotkan-

kowego przeszczepu oraz akceptacja przez biorcę transplantowanej kończyny w kontekście jej obcego pochodzenia i funkcjonalności. W praktyce jest to osiągalne poprzez staranną kwalifikację biorcy i wybór dawcy przeszczepu. U 7 wylonionych w wyniku szczegółowego procesu kwalifikacyjnego biorców przeprowadzono 8 transplantacji kończyny górnej na poszczególnych poziomach amputacji: nadgarstka (obustronna HT), 1/3 dalszej przedramienia (2), połowy przedramienia (2), 1/2 ramienia (2). Stosowano typową IS trójlejkową (zbliżoną do stosowanej w przeszczepach nerek); usprawnianie kończyny było zbliżone do tego przyjętego dla replantacji kończyny na analogicznej wysokości.

Wyniki: Z powodu powikłań naczyniowych utracono 2 przeszczepy (w 2. i 46. dobie p.o.). Wyniki przeszczepów na wysokości nadgarstka i połowy przedramienia oceniono jako bardzo dobre (protokół HTSS), a na wysokości ramienia jako dobre. Biorcy kończyny transplantowanej na poziomie ramienia oceniają najkorzystniej wynik operacji pomimo relatywnie słabej funkcji.

Wnioski: Transplantacja kończyny jest dla wybranej grupy chorych postępowaniem z wyboru.

Słowa kluczowe: transplantacja kończyny.

Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych

W-00117

JATROGENNE USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH JAKO PROBLEM KLINICZNY

Waldemar Patkowski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: W 121-letniej historii chirurgii pęcherzyka żółciowego ryzyko uszkodzenia przewodów żółciowych wciąż pozostaje jednym z najgroźniejszych powikłań cholecystektomii – częstość uszkodzeń waha się od 0,1% do 1,2% przypadków. Rzadziej do uszkodzenia przewodów żółciowych dochodzi w czasie zabiegów endoskopowych w obrębie dróg żółciowych lub w czasie operacji w sąsiedztwie więzadła wątrobowo-dwunastniczego, np. resekcja wątroby, resekcja żołądka lub gastrektomia.

Materiał i metody: Powszechnie przyjęte sposoby leczenia uszkodzeń dróg żółciowych można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zaliczają się metody endoskopowe lub też przezskórne, przezwątrobowe techniki protezowania i rozszerzania. Drugą grupę stanowią chirurgiczne metody leczenia.

Wyniki: Szacuje się, że rozszerzanie zwożeń dróg żółciowych za pomocą balonu wprowadzonego drogą przezskórną lub endoskopową może przynieść poprawę czasową u 40–90% chorych. Endoproteza wprowadzona tą samą drogą (często wielokrotnie) jest w stanie doprowadzić do ustąpienia dolegliwości w 28–86% przypadków. Najlepsze wyniki leczenia kalectwa dróg żółciowych osiąga się leczeniem chirurgicznym. Rzadko kiedy możliwa jest doraźna operacja naprawcza i zespolenie przewodowo-przewodowe koniec do końca. W większości przypadków rekomendowaną metodą jest zespolenie przewodowo-jelitowe na wyizolowanej pętli jelita czczego metodą Roux-en-Y.

Dyskusja: Całkowite ustąpienie dolegliwości można uzyskać u 70–92% chorych leczonych operacyjnie. Powikłania występują u 9–20% operowanych, śmiertelność waha się od 1% do 9% chorych poddanych operacji. 20–25% pacjentów wymaga reinterwencji ze względu na nawrotowe zwożenia. W przypadku niepowodzenia leczenia, gdy dochodzi do nawracających zapaleń dróg żółciowych i trwałego utrudnienia pasażu żółci do przewodu pokarmowego, dochodzi do wtórnej żółciowej marskości wątroby. Jedynym ratunkiem dla tej grupy chorych może być leczenie przeszczepieniem wątroby.

Wnioski:

1. Jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych wciąż pozostaje niesłychanie trudnym problemem terapeutycznym.
2. Metodą z wyboru w przypadku leczenia chirurgicznego jest zespolenie przewodowo-jelitowe na pętli Roux-en-Y.
3. Najlepszą metodą leczenia jatrogennych uszkodzeń dróg żółciowych jest niedopuszczenie do ich powstania.

W-00065

TECHNICZNE ASPEKTY CHIRURGICZNEJ NAPRAWY USZKODZEŃ DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

Maciej Wójcicki

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych w następstwie zabiegów chirurgicznych (głównie cholecystektomii) są rzadkim, niemniej poważnym i zagrażającym życiu powikłaniem chirurgicznym. Występują one u ok. 0,5% chorych (1/200 operacji) poddanych cholecystektomii laparoskopowej i u ok. 0,2% (1/500 operacji) po cholecystektomii klasycznej. Wyniki leczenia zależą głównie od typu (tj. wysokości) uszkodzenia wg klasyfikacji Bismutha, współistnienia stanu zapalnego okolicy wnęki wątroby, uszkodzenia tętnicy wątrobowej oraz od doświadczenia ośrodka. Wybór techniki chirurgicznej zależy w głównej mierze od wysokości uszkodzenia, z koniecznością niejednokrotnie połączenia rekonstrukcji dróg żółciowych z resekcją wątroby w najbardziej skomplikowanych uszkodzeniach typu IV i V.

Cel: Celem wystąpienia jest przedstawienie podstawowych aspektów techniki chirurgicznej operacji naprawczych dróg żółciowych.

Materiał i metody: Rekonstrukcja dróg żółciowych ze szczególnym uwzględnieniem modyfikacji zespolenia przewodowo-jelitowego sposobem Heppa-Couinaud w doświadczeniu autora oraz wg danych z piśmiennictwa. Leczenie chirurgiczne najrzadziej występujących i jednocześnie najbardziej skomplikowanych i trudnych w leczeniu uszkodzeń typu IV i V zilustrowano na podstawie opisu przypadków i zdjęć z pola operacyjnego.

Wyniki: Wyniki odległe leczenia uszkodzeń dróg żółciowych w doświadczonych ośrodkach są dobre, z trwałym wyleczeniem i dobrą jakością życia u ponad 90–95% chorych. Nieprawidłowo leczone mogą prowadzić one do rozwoju wtórnej marskości żółciowej z koniecznością transplantacji wątroby w niektórych przypadkach.

Wnioski: Chorzy z uszkodzeniami dróg żółciowych powinni być leczeni w doświadczonych ośrodkach chirurgii wątroby i dróg żółciowych.

Słowa kluczowe: cholecystektomia, uszkodzenia dróg żółciowych, leczenie chirurgiczne.

W-00116

METODY ENDOSKOPOWE W LECZENIU KALECTWA ŻÓŁCIOWEGO

Sławomir Kozieł, Waldemar Patkowski, Marek Krawczyk

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych (UDŻ) są jednym z najczęstszych powikłań operacji chirurgicznych wykonywanych na drogach żółciowych. Ich wzrost obserwuje się od czasu upowszechnienia cholecystektomii laparoskopowej (LC) jako „złotego standardu” w leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego. Najczęstszym powodem UDŻ w trakcie LC jest błędna identyfikacja struktur więzadła wątrobowo-dwunastniczego oraz błędy techniczne powodujące krwawienie w polu operacyjnym, co może zmusić operatora do niekontrolowanej koagulacji i klipsowania. Konsekwencjami są wycieki żółci, zwężenia lub całkowite zamknięcie dróg żółciowych. Spośród wielu klasyfikacji UDŻ, najpełniejszą wydaje się być zaproponowana przez Strasberga. W 5 kategoriach (A–E) opisuje rodzaj i poziom uszkodzeń, a w 5 podpunktach kategorii E zawiera używaną wcześniej systematykę Bismutha-Corlette’a. Jedynie część UDŻ rozpoznawanych jest podczas pierwotnego zabiegu (11–23%). W pozostałych przypadkach kalectwo ujawnia się w okresie pooperacyjnym. W celu zaplanowania optymalnego leczenia wymagane jest dokładne określenie rodzaju i miejsca UDŻ. W diagnostyce wykorzystujemy szereg nieinwazyjnych i inwazyjnych badań obrazowych, takich jak USG, CT, MRCP, PTC i ERCP. Najdokładniejsze obrazy UDŻ uzyskujemy w MRCP oraz w PTC i ERCP. Te ostatnie, obok dokładnego obrazowania uszkodzeń, pozwalają na jednoczesne wdrożenie odpowiedniego leczenia przedoperacyjnego,

a w określonych sytuacjach również terapii ostatecznej. Obecnie dysponujemy całym szeregiem technik ERCP, które mogą doprowadzić do wyleczenia uszkodzeń lub odbarzyć drogi żółciowe przed planowaną rekonstrukcją operacyjną. Wykonanie sfinkterotomii zapewnia swobodny odpływ żółci i zmniejsza jej ciśnienie, odwracając gradient żółciowo-zwieraczowy. W przypadkach małych wycieków zabieg ten pozwala na samoistne zamknięcie przetoki. Dodatkowo wprowadzenie do dróg protezy plastikowej średnicy min. 10 Fr, której koniec proksymalny umieszczony będzie powyżej miejsca wycieku żółci, sprzyja gojeniu przetoki i w 66–100% pozwala na wyleczenie w ciągu 6–8 tygodni. Przy większych przeciekach typu A i D możemy również zastosować czasową implantację całkowicie powlekanych protez SEMS, które po uwolnieniu w drogach natychmiast uszczelniają wyciek żółci. Odsetek powodzeń takiego leczenia sięga 70–95%. Terapia endoskopowa może być również skuteczna w leczeniu zwężeń typu E_{1,2}. Po rozszerzeniu zwężenia w drogach pozostawia się kilka protez plastikowych lub czasowo implantuje całkowicie powlekane protezy SEMS. Leczenie takie prowadzi się przez 6–12 miesięcy, a jego skuteczność sięga 80–86%. Dzięki rozwojowi ERCP i wprowadzaniu nowych metod leczenia część pacjentów z jatrogennymi UDŻ może uniknąć konieczności ponownej operacji, będąc skutecznymi leczonymi mniej inwazyjnymi technikami endoskopowymi. Najczęstsze przypadki kalectwa żółciowego wymagają jednak leczenia operacyjnego, a zabiegi endoskopowe pomagają jedynie ustalić dokładne rozpoznanie i przygotować pacjenta do leczenia ostatecznego.

Chirurgia przełyku

W-00054

ODLEGŁE WYNIKI SKOJARZONEGO LECZENIA RAKA PŁASKONABŁONKOWEGO PRZEŁYKU – BADANIA WIELOOŚRODKOWE

Grzegorz Wallner¹, Andrzej Dąbrowski¹,
Tomasz Skoczyła¹, Jerzy Laudański²,
Andrzej Szawłowski³, Paweł Lampe⁴

¹II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³Klinika Nowotworów Układu Pokarmowego Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

⁴Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Dotychczasowe badania nad efektywnością leczenia skojarzonego raka przełyku nie przyniosły jednoznacznych rozstrzygnięć.

Cel: Jednoczasowa ocena skuteczności leczenia skojarzonego z przedoperacyjną chemioterapią lub chemioradioterapią w jednorodnej grupie chorych z płaskonabłonkowym rakiem przełyku.

Materiał i metody: Badanie zaprojektowano jako wieloośrodkowe badanie kliniczne III fazy, z randomizacją do 3 ramion terapeutycznych, bez zaślepienia. Kwalifikowano chorych z potencjalnie resekcyjnym rakiem płaskonabłonkowym przełyku o klinicznym stopniu zaawansowania cT2–T3N0–1M0, bez przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego z planowaną torakotomią oraz w stanie ogólnym umożliwiającym przeprowadzenie chemio- lub chemioradioterapii. W chemioterapii przedoperacyjnej stosowano cisplatynę w dawce 20 mg/m²/dobę oraz 5-fluorouracyl w dawce 300 mg/m²/dobę w ciągu 21 dni. W przedoperacyjnej chemioradioterapii jednocześnie z chemioterapią stosowano napromienianie w dawce całkowitej 30 Gy. Analizę statystyczną przeżycia przeprowadzono według intencji leczenia (ITT) oraz zgodnie z zastosowanym protokołem (PP) przy użyciu specjalistycznego oprogramowania komputerowego Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA).

Wyniki: W czterech ośrodkach do badania zakwalifikowano 84 chorych: 31 do leczenia operacyjnego (OP), 23 do leczenia skojarzonego z przedoperacyjną chemioterapią (CHOP) i 30 do leczenia skojarzonego z przedoperacyjną chemioradioterapią (CHROP). W analizie przeżycia ITT nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie całkowitego przeżycia w poszczególnych ramionach terapeutycznych. Po wyłączeniu ryzyka związanego z leczeniem w analizie PP najbardziej skutecznym schematem terapeutycznym okazało się leczenie skojarzone z przedoperacyjną chemio-

W

radioterapią. Mediana (miesiące) i 5-letnie przeżycia w poszczególnych grupach terapeutycznych wynosiły odpowiednio: 15,47 i 18,5% dla OP, 33,80 i 36,4% dla CHOP oraz 69,56 i 53,8% dla CHROP (P = 0,0234).

Wnioski:

1. Leczenie skojarzone w sposób istotny wydłuża przeżycie całkowite u chorych, którzy ukończą zaplanowany schemat leczenia.
2. Dla uzyskania korzyści wynikających z zastosowania leczenia skojarzonego należy dążyć do zminimalizowania ryzyka związanego z leczeniem.

Słowa kluczowe: rak przełyku, rak płaskonabłonkowy, leczenie skojarzone, chemioterapia przedoperacyjna, chemioradioterapia przedoperacyjna.

W-00041

TAKTYKA POSTĘPOWANIA W URAZACH PRZEŁYKU – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

METHODS OF ESOPHAGEAL TRAUMA TREATMENT IN OWN EXPERIENCE

Krzysztof Grabowski

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Urazy przełyku należą zwykle do ciężkich schorzeń, które łączą się z zagrożeniem życia pacjenta. Dzielimy je na urazy chemiczne po wypiciu środków żrących i mechaniczne (perforacje). Leczenie ich stanowi poważny problem i łączy się z możliwością wystąpienia powikłań.

Cel: Celem wykładu jest określenie diagnostyki i sposobów leczenia urazów przełyku.

Materiał i metody: Zespół lekarski Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu od 1951 r. zajmuje się leczeniem poparzeniowej bliznowej niedrożności przełyku oraz urazów mechanicznych tego narządu. W oparciu o wieloletnie doświadczenie opracowano taktykę leczenia urazów przełyku.

Wyniki: W przypadku niewielkiej bliznowej niedrożności przełyku istnieje możliwość skutecznego udrożnienia poprzez poszerzenie mechaniczne. U chorych z rozległą bliznową niedrożnością w pierwszym okresie leczenia należy zabezpieczyć drogę odżywiania do przewodu pokarmowego przez wytworzenie gastrostomii. Kolejnym etapem leczenia jest wytworzenie zastępczego przełyku z uszypułowanego odcinka jelita. Wybór jelita zależy od układu naczyniowego. W przypadkach przebić przełyku w okresie do 24 godz. złoty standard leczenia polega na odstąpieniu miejsca przebiccia, pierwotnym zaszcyciu rany i drenażu tej okolicy. Pierwotne zaszcycie przełyku w przypadkach zaawansowanego raka w przebiegach jatrogennych jest niemożliwe i w tej sytuacji należy zakładać w miejsce perforacji samorozprężalne protezy uszczelniające.

Wnioski: Leczenie urazów przełyku wymaga pilnej interwencji oraz indywidualnego postępowania w zależności od rodzaju uszkodzenia, jego rozległości, czasu powstania, współistniejących powikłań, choroby podstawowej przełyku i stanu ogólnego chorego.

Słowa kluczowe: urazy przełyku, protezowanie, oparzenie przełyku.

ABSTRACT

Introduction: Esophageal trauma are usually a serious disease which may lead to life threatening condition of a patient. Among them we may distinguish mechanical (perforation) and chemical traumas after swallowing caustic medium. Their treatment is a serious medical problem and may lead to complications occurrence.

Purpose: The aim of the lecture is to present diagnostic tools and treatment methods of esophageal trauma.

Material and methods: Doctors' team of The Department and Clinic of Gastrointestinal and General Surgery of Medical University in Wrocław deals with postburning caustic obstructions of the esophagus and its traumas since 1951. Our many years experience allowed us to establish tactic of the treatment of esophageal traumas.

Results: In case of small cicatricial obstruction of the esophagus, there is a possibility of restoring its patency with use of mechanical dilations. In patients with extensive cicatricial obstruction in the first phase of treatment, the key procedure is to create a way of feeding to the gastrointestinal tract by constructing gastrostomy. In the second phase

of treatment esophageal replacement of pedunculated intestinal segments according to the best vessel system is constructed. So called gold standard in esophageal perforation that took place up to 24 hours is primary wound suture and drainage of the perforation area. Primary wound suture is not possible in esophageal perforation in advanced esophageal carcinoma after argon plasma or laser coagulation and self expanding stent should be placed in the perforation location.

Conclusions: Esophageal trauma treatment requires urgent intervention and individual attitude to the therapy according to type of damage, its extension, time past since it occurrence, coexisting complications, underlying esophageal disease and general patient's condition.

Key words: urazy przełyku, protezowanie, oparzenie przełyku.

W-00056

WYNIKI OPERACYJNEGO LECZENIA CHOROBY REFLUKSOWEJ – BADANIA WIELOOŚRODKOWE

Tomasz Skoczylas¹, Grzegorz Wallner¹,
Justyna Wyroślak-Najs¹, Tomasz Pedowski¹,
Wiesław Tarnowski², Krzysztof Paśnik³,
Tadeusz Wróblewski⁴

¹II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²CMKP Warszawa

³Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

⁴Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby UM w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: W przeszłości postępowanie chirurgiczne u chorych z refluksowo-przełykowym zarezerwowane było dla ciężkich, powikłanych przypadków, w których inne metody leczenia nie przynosiły zadowalających efektów. Obecnie na całym świecie obserwowane są tendencje do ustalania szerszych wskazań do leczenia chirurgicznego. Jest to związane zarówno z rozwojem techniki operacyjnej, w tym powszechnego stosowania metody laparoskopowej, jak i większymi oczekiwaniami chorych w stosunku do wyników leczenia.

Cel: Celem leczenia operacyjnego jest uwolnienie pacjentów od uciążliwych objawów, zapobieganie możliwym powikłaniom, takim jak owrzodzenie, zwężenie przełyku, przełyk Barretta, oraz poprawienie jakości życia.

Materiał i metody: Wskazania do fundoplikacji można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich obejmuje pacjentów z niepowikłaną chorobą refluksową z dobrą bądź wystarczającą odpowiedzią na leczenie farmakologiczne, wymagających długoterminowego stosowania leków. Druga grupa pacjentów, którzy są potencjalnymi kandydatami do leczenia operacyjnego, to chorzy z powikłaniami choroby refluksowej, takimi jak zapalenie przełyku, owrzodzenie, zwężenie przełyku, krwawienia, nawracające zapalenia górnych i dolnych dróg oddechowych czy przełyk Barretta. Kwalifikacja pacjentów do leczenia operacyjnego zwykle opiera się na wynikach badań obrazowych i czynnościowych: fluoroskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego, endoskopii, pH-metrii i manometrii, a od kilku lat także wielokanałowej wewnątrzprzełykowej impedancji.

Wyniki: Praca prezentuje doświadczenia i wyniki leczenia z 4 polskich ośrodków w oparciu o retrospektywną analizę danych pacjentów poddanych operacjom antyrefluksowym.

Wnioski: Fundoplikacja laparoskopowa, która u chorych zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego obecnie jest metodą z wyboru, pozwala na skrócenie czasu hospitalizacji i rekonwalescencji, a w związku z tym szybszy powrót pacjentów zarówno do codziennej aktywności, jak również do obowiązków zawodowych. Jest metodą bezpieczną, obarczoną niskim odsetkiem powikłań pooperacyjnych. Daje możliwość trwałego wyleczenia pacjentów, zwykle bez konieczności uzupełnienia terapii środkami farmakologicznymi.

Słowa kluczowe: fundoplikacja, choroba refluksowa.

Powikłania po operacjach jelita grubego

W-00103

NIESZCZELNOŚĆ ZESPOLEŃ PO RESEKCJI ODBYTNICY I OKRĘŻNICY

Roman Herman

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

STRESZCZENIE

Wstęp: Pomimo znacznego postępu technik i technologii chirurgicznych nieszczelność zespolenia (NZ) po resekcji jelita pozostaje nadal znaczącym problemem chirurgicznym, szczególnie w erze leczenia skojarzonego nowotworów. Nieszczelność zespolenia to ubytek w linii zespolenia prowadzący do komunikacji pomiędzy światłem jelita a otoczeniem. Ciężkość i stopień przecieku określa się wg jego wpływu na dalsze postępowanie kliniczne.

Wyniki: Częstość występowania NZ uzależniona jest od definicji i czasu obserwacji i wynosi: po zabiegach klasycznych 3,7–37,5%, po laparoskopowych 5,7–21%, po laparoskopowych z asystą robota 1,8–12,1%. Średni czas wystąpienia NZ to 10 dni (3–24) po zabiegu lub 24 dni (13–172) po wypisie. NZ może być bezobjawowa lub objawowa z ciężkimi powikłaniami. Następstwem NZ jest zwykle zwiększona chorobowość i śmiertelność około- i pooperacyjna, zaburzenia funkcji jelit, częstsze nawroty nowotworu oraz wysokie koszty. Śmiertelność chorych z NZ wynosi 1–13%. Czynniki ryzyka NZ to: płeć męska, wiek, anemia, śródoperacyjna utrata krwi, niestabilność hemodynamiczna, POChP, niedożywienie/otyłość, hipoalbuminemia, przewlekła sterydoterapia, leki (NSAID, Infiximab, Bevacizumab), radio-/chemioterapia, immunosupresja, używki, przebyte operacje, niskie zespolenie, stan tkanek jelita (IBD, niedokrwienie), stopień zaawansowania nowotworu, stan wg ASA, znieczulenie, czas trwania zabiegu, kontaminacja śródoperacyjna, doświadczenie chirurga i aspekty techniczne zespolenia. Zasady prewencji NZ obejmują eliminację czynników ryzyka, stosowanie odpowiedniej techniki zabiegu, postępowanie pooperacyjne (tlenoterapia, korekcja anemii, restrykcje płynowe, żywienie pooperacyjne, techniki FAST-Track (ERAS), zastosowanie stomii protekcyjnej. Objawowa NZ wymaga zwykle interwencji chirurgicznej lub radiologicznej.

Wnioski: Pomimo wprowadzenia nowych technik diagnostycznych i terapeutycznych nie notuje się znamiennej redukcji częstości występowania NZ. NZ jest bowiem nieodłącznym następstwem wykonywania zespolień jelitowych i choć istnieje wiele metod, które mogą i powinny zminimalizować częstość NZ, to wiele jest także czynników pozostających poza realnymi możliwościami kontroli przez chirurga i pacjent powinien być świadomy tego stanu rzeczy.

Słowa kluczowe: nieszczelność zespolenia.

W-00104

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA PO OPERACJACH RESEKCYJNYCH JELITA GRUBEGO

Zbigniew Lorenc

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

STRESZCZENIE

Pooperacyjna niedrożność jelit może dotyczyć nawet 9–10% ogółu chorych po wykonanych laparotomiach, a jej częstość jest szczególnie wysoka po operacjach resekcyjnych przeprowadzonych w obrębie jelita grubego. Jest przyczyną istotnych komplikacji pooperacyjnych, wydłużenia czasu hospitalizacji, wzrostu kosztów leczenia, ale przede wszystkim znacznego wzrostu śmiertelności, sięgającego nawet 22% chorych obarczonych tym powikłaniem. Występuje częściej po zabiegach operacyjnych przeprowadzanych w górnym pięttrze jamy brzusznej oraz wykonywanych metodą klasyczną. Wśród licznych przyczyn tego powikłania wymienia się obecność zrostów wewnątrzotrzewnowych zarówno „starych”, jak również zrostów i zlepów powstających wkrótce po wykonanej laparotomii, nieszczelność zespolenia jelitowych, obecność krwiaka śródściennego w jelicie, a także stanu zapalnego w jamie brzusznej (nacieki zapalne, ropnie). Inne przyczyny to przepukliny wewnętrzne, zadzierzgnięcie jelit,

popromienne zapalenie jelit, a także rozsiew nowotworowy do otrzewnej. W pracy omówiono liczne czynniki, które mogą mieć wpływ na występowanie pooperacyjnej niedrożności jelit, w tym niedrożności mechanicznej, oraz sposoby zapobiegania im. Przedstawiono wpływ nowych metod leczenia operacyjnego, w tym operacji małoinwazyjnych, na częstość występowania tego powikłania oraz uwypuklono istotne aspekty profilaktyki pooperacyjnej niedrożności jelit.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, rak odbytnicy, resekcje, niedrożność mechaniczna.

W

W-00112

CHIRURG JAKO CZYNNIK RYZYKA POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

Józef Kładny

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

STRESZCZENIE

Jedynym skutecznym sposobem leczenia raka odbytnicy jest leczenie chirurgiczne. Ocena roli chirurga w odniesieniu do wyników leczenia raka odbytnicy była przedmiotem wielu badań. Większość z nich wykazała znamienne różnice w wynikach leczenia dla poszczególnych chirurgów. Większy odsetek przeżyć uzyskano u chorych operowanych przez chirurgów z większym doświadczeniem w chirurgii odbytnicy. W badaniu przeprowadzonym przez Portera stwierdzono mniejszy odsetek przeżyć pięcioletnich, jak i większy odsetek wznów miejscowych wśród chorych operowanych przez chirurgów wykonujących mniej niż 21 zabiegów resekcyjnych odbytnicy w okresie przeprowadzonego badania, podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez innych autorów. U chorych operowanych przez chirurgów z większym doświadczeniem w chirurgii odbytnicy obserwowano również mniejszy odsetek zgonów pooperacyjnych, jak i nawrotów miejscowych. Wiele autorytetów wręcz twierdzi, że operator jest drugim niezależnym czynnikiem rokowniczym po stopniu zaawansowania histopatologicznego.

Słowa kluczowe: chirurg, czynnik ryzyka.

ABSTRACT

The only effective method of treatment in rectal cancer is surgery. Many reports so far have dealt with evaluation of the role of the surgeon with regard to outcome in rectal cancer. Most of them showed significant differences in outcome for the particular surgeons. Higher survival rates were observed in patients operated by surgeons more experienced in rectal surgery. The results of study published by Porter revealed lower 5-year survival rates and higher rates of local recurrences among patients operated by surgeons who performed less than 21 rectal resections over the study period. similar results were reported by other authors. Among patients operated by surgeons more experienced in rectal surgery the perioperative death rates and local recurrence rates were also lower. Moreover, many authorities claim the operator is the independent prognostic factor only second to the histopathological stage.

W-00093

POWIKŁANIA KOŁO- I ILEOSTOMII

Marek Szczepkowski

Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Szpital Bielański, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Wzrost zapadalności na nowotwory jelita grubego i choroby zapalne jelit sprawia, że liczba wykonywanych stomii jelitowych nie uległa zmniejszeniu, a powikłania miejscowe stomii stanowią poważny problem kliniczny.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie częstości występowania, przyczyn i sposobów leczenia miejscowych powikłań stomii jelitowych.

Materiał i metody: Autor zaprezentował własne doświadczenia i wyniki badań innych ośrodków dotyczących częstości występowania,

W

mechanizmu powstawania, czynników ryzyka oraz metod i wyników leczenia miejscowych powikłań stomii jelitowych.

Wyniki: Częstość występowania powikłań stomii wg różnych źródeł waha się najczęściej w granicach 21–70%. W badaniach autora u 76 spośród 200 badanych pacjentów stwierdzono 89 miejscowych powikłań stomii (38%). Do najczęściej występujących należały: przepuklina okołostomijna – PO – 18,5%, stan zapalny skóry wokół stomii – SZ – 13%, zwężenie stomii – ZS – 6% i jej wypadanie – WS – 4,5%. Według Robertsona częstość występowania powikłań wynosiła odpowiednio dla ileostomii: PO – 22%, SZ – 33%, ZS – 2%, WS – 11%, oraz dla kolostomii: PO – 40%, SZ – 7%, ZS – 1%, WS – 2%. Przetawiono wyniki leczenia poszczególnych rodzajów powikłań. Szczególnie wiele uwagi poświęcono przepuklinie okołostomijnej, która stanowi wciąż bardzo istotny i nie do końca rozwiązany problem kliniczny na całym świecie, a doświadczenia ośrodka autora są znaczące w skali międzynarodowej (najlicniejsza grupa chorych zoperowanych jedną metodą w jednym ośrodku przez ten sam zespół chirurgów z długim okresem obserwacji). Autor przedstawił także wyniki leczenia i własne modyfikacje technik operacyjnych w tym zakresie (operacje tzw. otwarte, laparoskopowe i hybrydowe).

Wnioski: Pomimo niezwykle dynamicznego rozwoju technologii medycznych i wiedzy w dziedzinie chorób jelita grubego liczba wykonywanych stomii jelitowych nie uległa zmniejszeniu, a powikłania stomii wciąż stanowią poważny problem kliniczny. Leczenie chirurgiczne powikłań stomii znacznie poprawia jakość życia w tej grupie chorych. Jest to szczególnie widoczne w przypadku przepukliny okołostomijnej.

Słowa kluczowe: miejscowe powikłania stomii, przepuklina okołostomijna, powikłania chirurgiczne.

Ciekawe przypadki i powikłania w chirurgii bariatrycznej – prezentacje wideo

W-00118

NIEPOWODZENIA I ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE PO OPERACJACH RESTRYKCYJNO-WYŁĄCZAJĄCYCH

Janusz Strzelczyk

Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Operacje restrykcyjno-wyłączające przeprowadzane z powodu choroby otyłości zostały zainicjowane w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia przez Edwarda Masona. Była to operacja, którą Mason nazwał ominięciem żołądka i pod tą nazwą (*Gastric by-pass*, *Roux-en-Y gastric by-pass* – RYGB) jest ona znana do dzisiaj. Drugim pionierem tego typu operacji jest Nicola Scopinaro, który niedługo później zaproponował operację nazwaną jego imieniem, popularną również pod nazwą *Bilio-pancreatic Diversion* – BPD. Niejako wersją rozwojową tego zabiegu jest operacja znana pod nazwą *Duodenal Switch*. Obie te operacje mają za sobą kilkudziesięcioletnią historię, poznano dobrze ich zalety i wady.

Niepowodzenia po operacjach wyłączająco-restrykcyjnych to głównie nieosiągnięcie zamierzonego celu (niedostateczny ubytek masy ciała lub nawrót otyłości po początkowym sukcesie), jak i odległe objawy uboczne tego leczenia.

Niedostateczny ubytek masy ciała po tego typu operacjach zdarza się rzadko i jest z reguły spowodowany przez błąd techniczny z powstaniem przetoki żołądkowo-żołądkowej (np. rozejście linii zszywek staplera). Inną przyczyną tego zjawiska jest wytworzenie zbyt szerokiego zespolenia żołądkowo-jelitowego. Nawrót otyłości po początkowym sukcesie spowodowany jest najczęściej brakiem współpracy ze strony pacjenta. Dieta bogata w węglowodany, wywołując efekt *dumping syndrome*, jest częstą przyczyną niepowodzenia. Nawrót otyłości łączy się z nawrotem chorób współistniejących – cukrzycy, nadciśnienia, dyslipidemii, zespołu bezdechu sennego.

Oczywiście operacje bariatryczne są obciążone ryzykiem powikłań typowych dla każdej dużej operacji. Są to: zakażenie rany, przepuklina w bliźnie (dotyczy to również operacji laparoskopowych), krwotok (do światła przewodu pokarmowego lub do jamy otrzewnej), zator tętnicy płucnej, odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe, nieszczelność zespolenia.

Operacje, których częścią jest wywołanie zaburzeń wchłaniania, obciążone są ryzykiem niedożywienia i zespołu niedoborów witamin i pierwiastków rzadkich. Niektóre z nich, np. niedobór witaminy B₁₂, są typowe dla tych zabiegów i wymagają stałej suplementacji w celu unik-

nięcia takich objawów, jak niedokrwistość megaloblastyczna czy groźnych objawów demielinizacji jak również zaburzeń miesiączkowania. Inne, np. niedobór witaminy B₁, typowe dla chorych często wymiotujących, mogą dać objawy zespołu Korsakowa przebiegającego ze zmęczeniem, drażliwością, zaburzeniami pamięci, zaburzeniami snu, anoreksją i neuropatią – aż do porażen czterokończynowych włącznie.

Odległe skutki uboczne tych operacji mogą być związane z zaburzeniami wchłaniania wapnia i wynikającą stąd osteoporozą. Fizjologicznie wapń wchłania się w dwunastnicy. Jej wyłączenie, jak również brak kwasu solnego zaburzający wchłanianie wapnia w postaci węglanu oraz niedobór laktazy wydzielanej w obwodowej części żołądka powodują, że pierwiastek ten źle się wchłania z produktów mlecznych. Typowym objawem ubocznym operacji z komponentem zaburzeń wchłaniania jest niedobór żelaza i będąca jego wynikiem niedokrwistość. Do późnych skutków ubocznych zaliczamy również kamicę pęcherzyka żółciowego (stąd preferowana przez niektórych chirurgów jednoczasowa cholecystektomia), łysienie – w znakomitej części ustępujące po kilku miesiącach i próchnicę zębów. Rzadkim, ale specyficznym dla tego typu operacji powikłaniem jest przerost wysepka Langerhansa (*nesidioblastoza*). Będące jego skutkiem napady hipoglikemii popoślankowej (opisywane często jako późny *dumping syndrome*) mogą nawet być wskazaniem do dystalnej pankreatektomii.

Objawy zespołu złego wchłaniania występują częściej u chorych, u których komponent zaburzeń wchłaniania jest bardzo duży. Są to: operacja Scopinaro, operacja *duodenal switch* albo *gastric by-pass* z pozostawieniem krótkiej pętli wspólnej. Objawy te mogą doprowadzić nawet do potrzeby stałego całkowitego żywienia pozajelitowego, marskości wątroby będącej wskazaniem do jej przeszczepu.

Wideotorakoskopia

W-00047

POWIKŁANIA TORAKOSKOPII – JAK UNIKAĆ I JAK POSTĘPOWAĆ

Józef Kozak

Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Rehabilitacji Oddechowej UM w Łodzi, WSS im. M. Kopernika

STRESZCZENIE

Wstęp: Zabiegi wideotorakoskopowe stanowią 1/3 wszystkich operacji torakochirurgicznych. Metoda ta stosowana jest do zabiegów diagnostycznych w obrębie klatki piersiowej i do dużych zabiegów torakochirurgicznych.

Cel: Celem referatu jest przedstawienie najczęstszych powikłań po zabiegach wideotorakoskopowych, zapobiegania im i leczenia.

Materiał i metody: Praca oparta jest na danych uzyskanych z publikacji zawartych w PubMed w ostatnich 20 latach.

Wyniki: Częstość powikłań po operacyjnych VT zależy od rodzaju operacji, doświadczenia ośrodka i wynosi 0–15%, przy śmiertelności 0–2%. Najczęstsze powikłania to: przeciek powietrza > 5 dni (3,2–6,7%), infekcje (0,4–6,3%), krwawienia (0,5–1,9%), ból pooperacyjny (6–22%), rozsiew komórek nowotworowych w ranie, opłucnej lub krwi (0,26–0,57%). Konwersje do torakotomii/sternotomii spotyka się w 2,2–8% przypadków. Powtórna operację VT wykonuje się w ok. 2% przypadków. Zapobiegać powikłaniom można poprzez właściwy dobór chorych, dokładną diagnostykę przedoperacyjną, dobre wyposażenie sprzętowe ośrodka i doświadczenie operatora. Leczenie powikłań można prowadzić metodami małoinwazyjnymi lub częściej poprzez operacje otwarte.

Wnioski:

1. Powikłania po zabiegach VT występują rzadko i można ich uniknąć, stosując dobry dobór chorych i odpowiednią technikę operacyjną.
2. Leczenie powikłań po zabiegach VT nie odbiega od metod stosowanych w operacjach otwartych.

Słowa kluczowe: wideotorakoskopia, powikłania, zapobieganie, leczenie.

Rak brodawki Vatera

W-000064

POWIKŁANIA LECZENIA CHIRURGICZNEGO GUZÓW BRODAWKI VATERA

Maciej Słodkowski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Rozpoznanie guza brodawki Vatera jest najczęściej wskazaniem do wykonania pankreatoduodenektomii. Mimo stosunkowo niskiej śmiertelności (< 5%) w ośrodkach referencyjnych nadal utrzymuje się wysoki odsetek powikłań (30–45%) po tej operacji. Rak brodawki Vatera ma lepsze od raka trzustki rokowanie co do przeżycia odległego.

Cel: Powikłania po pankreatoduodenektomii to: krwawienia pooperyacyjne, opóźnione opróżnianie żołądka, nieszczelność zespolenia trzustkowo-jelitowego (lub trzustkowo-żołądkowego), przetoka trzustkowa, przetoki żółciowe i wtórne zbiorniki wewnątrzbrzuszne i ropnie. Wczesne krwawienia pooperyacyjne są typowo związane z niedostateczną hemostazą związaną z rozległym zabiegiem, krwawienia późne (2.–3. tydzień) są wtórne do innych powikłań, najczęściej septycznych.

Materiał i metody: Powikłaniem zagrażającym życiu chorego jest nieszczelność zespolenia trzustkowo-jelitowego z konsekwencjami klinicznymi w postaci przetoki trzustkowo-jelitowej, zakażonych zbiorników płynu i sepsy. Zwłaszcza w przypadkach guzów brodawki Vatera należy się spodziewać zwiększonego ryzyka operacyjnego związanego z „miękką” trzustką i wąskim przewodem Wirsunga, co stwarza kłopoty techniczne podczas zespolenia.

Wyniki: Nie ma uniwersalnej metody zespolenia trzustkowo-jelitowego. Podejmowane są różne próby modyfikacji technicznych, ale nie mają one zastosowania u wszystkich chorych. Odsetek powikłań związanych z zespoleniem trzustkowo-jelitowym jest mniejszy w ośrodkach o dużym doświadczeniu w chirurgii trzustki. W postępowaniu z chorymi z ciężkimi powikłaniami zespolenia trzustkowo-jelitowego ważne jest właściwe rozpoznanie i podjęcie decyzji o reoperacji. W przypadkach ciężkich powikłań rzadko skuteczny jest wyłącznie drenaż okolicy zespolenia. Należy wykonać resekcję obwodową trzustki, zanim rozwiną się powikłania narządowe sepsy.

Wnioski: W zapobieganiu powikłaniom po operacji guzów brodawki Vatera najważniejszą rolę odgrywa właściwa technika chirurgiczna dopasowana do konkretnego przypadku, dlatego też tak istotne jest osobiste doświadczenie operatora. Doświadczenie ośrodka jest istotne także ze względu na konieczność wczesnego rozpoznania i umiejętnego leczenia powikłań, o ile te wystąpią.

Słowa kluczowe: guz brodawki Vatera, pankreatoduodenektomia, powikłania pooperyacyjne.

Rak pęcherzyka żółciowego

W-00074

TAKTYKA POSTĘPOWANIA W RAKU PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

Piotr Remiszewski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak pęcherzyka żółciowego jest 5. co do częstości nowotworem przewodu pokarmowego w Polsce. Zachorowalność wynosi ok. 6 na 100 000 osób na rok, przy czym mężczyźni chorują prawie 2 razy częściej niż kobiety, nowotwór ten występuje głównie u osób po 60. roku życia. W ok. 80% przypadków współistnieje z kamcią żółciową. Rokowanie jest złe, a średni okres przeżycia od rozpoznania wynosi ok. 6 miesięcy.

Cel: W pracy przedstawiono taktykę postępowania przy podejrzeniu i z rozpoznaniem rakiem pęcherzyka żółciowego. Omówiono najczęstsze sytuacje kliniczne, między innymi:

1. Chorego z podejrzeniem raka pęcherzyka żółciowego – planowanie diagnostyki obrazowej i endoskopowej, planowanie leczenia chirurgicznego oraz skojarzonego.

2. Chorego z przypadkowo śródoperacyjnie rozpoznany nowotworem w badaniu doraźnym.

3. Chorego z rozpoznany nowotworem po wykonanej cholecystektomii klasycznej lub laparoskopowej.

Omówiono możliwości leczenia chirurgicznego, chemioterapeutycznego i paliatywnego endoskopowego.

Materiał i metody: W Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 1999–2012 leczonych było z powodu raka pęcherzyka żółciowego 479 chorych: 136 mężczyzn i 343 kobiety, w wieku 23–86 lat, (średnio 60,4). Większość chorych leczonych w Klinice było już z rozpoznany rakiem pęcherzyka żółciowego i po wykonanej cholecystektomii w innym oddziale.

Wyniki: 88% chorych miało wykonaną cholecystektomię. W grupie chorych z rozpoznany rakiem pęcherzyka żółciowego u 19,4% była możliwa resekcja łoża pęcherzyka żółciowego. W 29,7% przypadków możliwe było wykonanie limfadenektomii więzadła wątrobowo-dwunastniczego. 33% chorych było leczonych jedynie paliatywnie endoskopowo. W obserwacji do lutego 2013 r. zmarły 324 osoby (67,6%).

Wnioski: Rak pęcherzyka żółciowego jest nowotworem stosunkowo rzadkim, ale o złym rokowaniu. Często rozpoznanie jest zbyt późne i możliwość radykalnej operacji jest wówczas mniejsza, co jeszcze pogarsza rokowanie. U 33% chorych możliwe jest jedynie leczenie paliatywne.

Słowa kluczowe: rak pęcherzyka żółciowego, leczenie chirurgiczne, paliatywne leczenie endoskopowe, diagnostyka.

W-00236

PROSPECTIVE, DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED CONTROLLED SINGLE-CENTER TRIAL: SUPPRESSION OF SURGEONS' SKIN FLORA DURING SURGICAL PROCEDURES USING A NEW ANTIMICROBIAL SURGICAL GLOVE

O. Assadian¹, D. Leaper²¹Clinical Institute for Hospital Hygiene, Medical University of Vienna²Imperial College London, St Mary's Hospital Campus 10th Floor, QEQM Building Praed Street London W2 1NY

ABSTRACT

Introduction: Surgical site infection (SSI) represents a substantial burden to patients, and is associated with high costs for health care systems worldwide. Microbial contamination of a surgical site represents a risk for the subsequent development of SSI, particularly when a foreign body is implanted. Several studies have demonstrated that undetected perforations of surgical gloves are common and that the frequency of perforations increases with the duration of wear, allowing skin flora, re-grown after pre-operative skin preparation, to contaminate the surgical site. A sterile antimicrobial surgical glove featuring a proprietary complex coating with chlorhexidine as active ingredient on its inner surface has been developed. We hypothesized that antimicrobial gloves might reduce the risk of contamination of the surgical site in the event of an intraoperative breach of the integrity of the glove by suppressing re-growth of skin flora during the complete course of a surgical procedure.

Material and methods: The study was designed as a clinical, phase III, randomized, controlled, double-blind single-center trial to measure any differences that occur in the bacterial skin population of surgeons' hands during surgical procedures under antimicrobial and non-antimicrobial surgical gloves. The trial was conducted at the Department for Vascular and Endovascular Surgery, Wilhelminen Hospital Vienna, Vienna, Austria. 14 surgeons performed 11 vascular surgical procedures which resulted in 25 paired surgical glove samples being investigated.

Results: For the antimicrobial gloves, the median cfu/mL count was 0 (LQ: 0; UQ: 0), for the non-antimicrobial gloves, the median cfu/mL was 90 (LQ: 10; UQ: 414). The log₁₀ cfu/mL difference was 1.68. The difference between the median cfu/ml counts in all antimicrobial surgical gloves and all non-antimicrobial surgical gloves was highly statistically significant (p = 0.006).

Conclusions: It was demonstrated that a new antimicrobial surgical glove was able to suppress surgeons' hand flora during operative procedures by a magnitude of 1.7 log₁₀ cfu/mL. In the event of a glove breach, this strategy may have the potential to prevent bacterial contamination of a sterile surgical site, thereby decreasing the risk of SSI and increasing patient safety. Further clinical studies are needed to confirm this concept.

Key words: surgical glove, perforation, bacterial migration, antimicrobial efficacy, surgical site infection, bacterial skin flora.

Leczenie bólu przewlekłego

W-00088

PRZETRWAŁY BÓL POOPERACYJNY – PATOMECHANIZM I LECZENIE

Renata Zajązkowska

Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii nr 1, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Przetrwany ból pooperacyjny jest to przewlekły, patologiczny ból, który powstaje w związku z przebyciem zabiegiem operacyjnym i utrzymuje się dłużej niż normalny czas gojenia się tkanek. Jest on najczęściej następstwem śródoperacyjnego uszkodzenia struktur obwodowego układu nerwowego i ma w związku z tym zazwyczaj charakter bólu neuropatycznego.

Cel: Celem pracy była ocena częstości występowania, czynników ryzyka oraz metod zapobiegania i leczenia przetrwałego bólu pooperacyjnego.

Materiał i metody: Analiza danych z aktualnego piśmiennictwa dotyczących częstości występowania, zapobiegania i leczenia przetrwałego bólu pooperacyjnego.

Wyniki: Częstość występowania przetrwałego bólu pooperacyjnego po zabiegu mastektomii z usunięciem pachowych węzłów chłonnych oraz po torakotomii z dostępu tylnobocznego szacuje się na 50%, po zabiegach stabilizacji złamań miednicy na 48%, po operacjach kardiochirurgicznych (CABG, wymiana zastawek) na 30–32%, po zabiegu resekcji jelita na 28% i aż na 70% po amputacjach kończyn dolnych. Do najważniejszych czynników ryzyka zalicza się śródoperacyjne uszkodzenie nerwów, stosowaną równolegle chemio- i/lub radioterapię, powikłania leczenia chirurgicznego oraz nieskutecznie uśmierzany ból pooperacyjny. Zastosowanie technik małoinwazyjnych w istotnym stopniu zmniejsza ryzyko rozwoju przetrwałego bólu pooperacyjnego. Istnieją także dowody, że skuteczne postępowanie przeciwbólowe może w istotnym stopniu redukcować częstość występowania przetrwałego bólu pooperacyjnego. Ze względu na to, że w większości przypadków przetrwały ból pooperacyjny ma charakter bólu neuropatycznego, jego terapia powinna być prowadzona według algorytmów leczenia bólu neuropatycznego.

Wnioski: Przetrwany ból pooperacyjny jest istotnym problemem dotyczącym sporego odsetka operowanych pacjentów. Dlatego też niezwykle istotna jest znajomość czynników ryzyka oraz metod zapobiegania, a w przypadku jego wystąpienia – sposobów leczenia tego rodzaju bólu przewlekłego.

Słowa kluczowe: przetrwały ból pooperacyjny, ból neuropatyczny.

Jatrogenne uszkodzenia układu moczowego

W-00119

USZKODZENIA JATROGENNE NARZĄDÓW UKŁADU MOCZOWEGO

Andrzej Borówka¹, Jakub Dobruch¹, Piotr Chłosta²

¹Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, Klinika Urologii CMKP

²Katedra i Klinika Urologii, Collegium Medicum UJ, Kraków

Słowa kluczowe: uszkodzenia jatrogenne, układ moczowy.

Niniejsze opracowanie jest w istocie streszczeniem wykładów przygotowanych do przedstawienia na sesji „Jatrogenne uszkodzenia układu moczowego”, która odbędzie się podczas 66. Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich. Wykłady i następująca po nich dyskusja dotyczyć będą kolejno: uszkodzeń jatrogennych nerki, moczowodu, pęcherza moczowego, stercza i cewki moczowej, w tym czynników ryzyka i mechanizmów prowadzących do powstania tych uszkodzeń, sposobów ich rozpoznania oraz metod zaopatrzenia.

Ryzyko wystąpienia uszkodzeń jatrogennych narządów układu moczowego jest naturalnie związane z wykonywaniem otwartych i endoskopowych operacji urologicznych, ginekologicznych, operacji jelit – zwłaszcza jelita grubego, a także operacji naczyniowych aorty i jej rozgałęzień w obrębie miednicy oraz operacji ortopedycznych. Powstaniu uszkodzeń na ogół trudno się dziwić, bowiem dochodzi do nich zwłaszcza w trudnych warunkach operacyjnych, niemniej truizmem jest stwierdzenie o znaczeniu doświadczenia operującego dla ryzyka wystąpienia powikłań śródoperacyjnych. Najważniejsze znaczenie dla dalszych losów chorego, u którego doszło do jatrogennego uszkodzenia dróg moczowych, ma rozpoznanie uszkodzenia w momencie jego powstania i doraźne jego zaopatrzenie we właściwy sposób. Można przytoczyć stwierdzenie sformułowane przez Higginsa przed 45 laty, odnoszące się wprawdzie tylko do uszkodzeń moczowodu, niemniej mające takie samo znaczenie w odniesieniu do uszkodzeń innych narządów układu moczowego: *the venial sin is injury to the ureter, but the mortal sin is failure of recognition* [Higgins CC. JAMA 1967; 199: 82-88]. Wiadomo bowiem, że wyniki zaopatrzenia uszkodzenia rozpoznanego śródoperacyjnie są lepsze od wyników leczenia uszkodzeń pierwotnie niedostrzeżonych i rozpoznanych po operacji. Krytyczne znaczenie dla uszkodzonego narządu i dalszych losów chorego ma sposób zaopatrzenia uszkodzenia. Nie zawsze można zastosować metodę, która doprowadzi do ostatecznego rozwiązania problemu. Niekiedy trzeba zastosować postępowanie, które pozwoli doraźnie zaopatrzyć uszkodzenie, a jego naprawę ostateczną odłożyć do czasu, w którym będzie można jej dokonać skutecznie z zapewnieniem choremu pełnego bezpieczeństwa.

Ujęcie epidemiologiczne jatrogennych uszkodzeń narządów układu moczowego jest niezwykle trudne, jeśli w ogóle możliwe. Dane dotyczące tego zagadnienia oparte są na analizach grup chorych leczonych w pojedynczych ośrodkach urologii lub chirurgii i nie sposób wywieść z nich, jaka jest ogólna częstość występowania uszkodzeń jatrogennych nerki lub dróg moczowych. Warto w tym miejscu przywołać badania przeprowadzone na początku pierwszego dziesięciolecia bieżącego wieku przez Z.F. Dobrowolskiego i wsp. i opublikowane w kilku artykułach wydrukowanych w „Urologii Polskiej”, które dotyczyły uszkodzeń urazowych i uszkodzeń jatrogennych nerki, moczowodu, pęcherza moczowego i cewki moczowej [Dobrowolski ZF i wsp. Urol Pol 2002; 55 (1) i (2)]. Analiza wyników tych badań, obejmujących 2674 chorych leczonych w 61 oddziałach urologii w Polsce w pięcioleciu od 1995 r. do 1999 r. z powodu urazów nerki (n = 887, 33,17%), moczowodu (n = 452, 16,9%), pęcherza moczowego (n = 512, 19,14%), cewki przedniej (n = 255, 9,53%) oraz cewki tylnej (n = 268, 10,02%) wykazała, że uszkodzenia jatrogenne zarejestrowano jedynie w odniesieniu do moczowodu, pęcherza i cewki przedniej oraz że stanowiły one odpowiednio 75%, 49% i 81% wszystkich uszkodzeń urazowych tych narządów. Niestety, na podstawie tych skądinąd wartościowych i przytaczanych w piśmiennictwie międzynarodowym opracowań nie sposób jest określić rzeczywisty wymiar epidemiologiczny uszkodzeń jatrogennych układu moczowego.

Tabela 1. Klasyfikacja powikłań leczenia chirurgicznego Claviena i Dindo (2009)

Stopień powikłania	Definicja
I	Każda odmiennosc od prawidłowego przebiegu pooperacyjnego niewymagająca jakiegokolwiek leczenia oprócz stosowania leków przeciwwymiotnych, przeciwbólowych, przeciwciepłych, diuretyków i uzupełnienia elektrolitów oraz fizjoterapii. Obejmuje także zakażenie rany operacyjnej, które można wyleczyć „w łóżku chorego”
II	Powikłanie wymagające leczenia farmakologicznego z użyciem innych leków niż wymienione wyżej, a także przetoczenia krwi lub/i odżywiania perenteralnego
III	Powikłanie wymagające leczenia chirurgicznego, endoskopowego lub z udziałem obrazowania rentgenowskiego
IIIa	bez potrzeby ogólnego znieczulenia chorego
IIIb	w warunkach ogólnego znieczulenia chorego
IV	Powikłanie zagrażające życiu chorego (w tym ze strony ośrodkowego układu nerwowego) wymagające leczenia intensywnego w OIT
IVa	dysfunkcja jednego narządu
IVb	dysfunkcja wielonarządowa
V	Zgon chorego



Tabela 2. Etiologia i częstość występowania jatrogennych uszkodzeń nerki zdarzających się w czasie zabiegów i operacji urologicznych. Według: Heye S i wsp. Cardiovasc Intervent Radiol 2005; 28 (1): 93-4

Rodzaj zabiegu/operacji	Umiejscowienie uszkodzenia lub jego następstwo				
	miedniczka nerkowa	poważne krwawienie	tętniak rzekomy	przetoka tętniczo-żylna	przetoka aortalno-kielichowa
biopsja		+ (0,5–1,5%)	+ (0,9%)	+	
przeszkórna przetoka nerkowa	+	+	+		
przeszkórna nefrolitotrypsja		+	+	+	
endopielotomia	+	+			
laparoskopowe operacje onkologiczne		+			
otwarte operacje onkologiczne		+	+ (0,43%)	+	
przeszczepienie nerki		+	+	+	+
zabiegi endowaskularne		+ (1,6%)			

Liczba publikacji dotyczących uszkodzeń jatrogennych układu moczowego jest umiarkowana. Baza PubMed zawiera 1957 wydrukowanych w ostatnim 5-leciu artykułów dotyczących wszelkich uszkodzeń jatrogennych, a liczba wydrukowanych w tym czasie publikacji, które ukazują się w tej bazie po wprowadzeniu haseł: *iatrogenic injury* i *urogenital tract* wynosi 233 (11,9%), wśród nich uszkodzeń nerki, moczowodu, pęcherza moczowego oraz cewki dotyczy odpowiednio 35,2%, 27,5%, 21,0% oraz 12,9% artykułów.

Dla określenia nasilenia powikłań chirurgicznych, w tym niezamierzonych uszkodzeń jatrogennych narządów niebędących przedmiotem operacji, coraz powszechniej stosuje się klasyfikację zaproponowaną po raz pierwszy przez Claviena i Dindo w 1992 r. i udoskonaloną w 2004 r. oraz w 2009 r. [Clavien PA i wsp. Surgery 1992; 111: 518-526. Dindo D i wsp. Ann Surg 2004; 240: 205-214. Clavien PA i wsp. Ann Surg 2009; 250: 187-196]. Klasyfikacja obejmuje pięć głównych stopni, przy czym stopnie III i IV podzielone są na dwie „podklasy”, zatem w istocie ma ona charakter 7-stopniowy (tab. 1).

W urologii przychylnie przyjmuje się tę klasyfikację, podkreślając, że jest ona przydatnym narzędziem raportowania powikłań w opracowaniach naukowych [Grafen M. Eur Urol 2010; 57: 387-9]. Była ona przedmiotem walidacji w odniesieniu do szeregu specyficznych zabiegów endourologicznych i operacji otwartych oraz laparoskopowych [Mitropoulos D i wsp. Eur Urol 2012; 61(2): 341-9].

Uszkodzenia jatrogenne nerki (UJN) zdarzają się rzadko, jednak częściej, niż sądzi się powszechnie. Zwykle są związane z zabiegami endourologicznymi, kruszeniem kamieni moczowych falami wstrząsowymi wyzwalanymi pozaustrojowo (*extracorporeal shock wave lithotripsy* – ESWL), przeszkórnią biopsją nerki oraz częściowym wycięciem nerki (tab. 2), choć może do nich dojść także podczas operacji dotyczących innych dyscyplin chirurgicznych, zwłaszcza jeśli nerka położona jest dystopowo, a w szczególności w obrębie miednicy, czego nie stwierdzono przed operacją.

Większość powikłań jest następstwem uszkodzenia naczyń nerki związanego z jej nakłuciem w celu wykonania biopsji oraz w celu przeprowadzenia wewnątrznerkowych zabiegów endoskopowych (*percutaneous nephrolithotripsy* – PCNL, *percutaneous endopyelotomy* – PEPT, *percutaneous ablation of the renal collecting system tumor* – PARCST), które może skutkować powstaniem krwiaka okołonerkowego, przetoki tętniczo-żylną lub tętniaka rzekomego.

Metodą wykorzystywaną najczęściej do leczenia kamicy moczowej, uznaną za najmniej inwazyjną, jest ESWL. Istota metody polega na oddziaływaniu na kamień skupionej wiązki fal wysokociśnieniowych wytworzonych przez znajdujący się poza korpusem chorego generator tak

ukierunkowanej, aby jej ognisko znalazło się w miejscu, w którym znajduje się kamień. Pod jej wpływem dochodzi do dezintegracji kamienia, a jego drobne fragmenty są wydalane z moczem. Najczęstszym znaczącym klinicznie powikłaniem leczenia kamicy nerkowej tą metodą jest utkwienie fragmentu(-ów) kamienia w zwykle dolnym odcinku moczowodu. Jeśli fragmenty gromadzą się w większej ilości – zjawisko to określa się mianem „drogi kamiczej” (*stone street, Steinstrasse*) – mogą stanowić przeszkodę dla odpływu moczu z nerki. Inne, zdarzające się znacznie rzadziej powikłania o charakterze jatrogennym są następstwem bezpośredniego uszkodzenia mięszu nerkowego lub narządów sąsiadujących z nerką (tab. 3).

Uszkodzenie mięszu nerkowego bywa przyczyną powstania krwiaka (zwykle podtorebkowego), na ogół niemającego znaczenia klinicznego, jednak niekiedy znacznej wielkości. U prawie 90% chorych krwiak ustępuje samoistnie po różnie długim czasie. Leczenie zabiegowe krwiaka na ogół nie jest potrzebne. Dotychczas nie rozstrzygnięto, czy oddziaływanie fal uderzeniowych na mięsz nerkowy może doprowadzić do powstania nadciśnienia tętniczego.

Nadzwyczajną atrakcyjną alternatywą ESWL w przypadku kamieni nerkowych o średnicy ≥ 2 cm jest **przeszkórne usunięcie kamieni** (PCNL) polegające na wytworzeniu przetoki nerkowej metodą nakłucia, rozszerzeniu jej kanału, wprowadzeniu przezeń nefoskopu, skruszeniu kamienia pod kontrolą endoskopową i usunięciu jego fragmentów. Do uszkodzenia nerki podczas PCNL lub innych zabiegów przeszkórnych może dojść na każdym etapie zabiegu: od wprowadzenia cewnika moczowodowego do układu kielichowo-miedniczkowego (UK-M) i nakłucia UK-M poprzez rozszerzenie traktu, kruszenie kamieni po instalację cewnika nefrostomowego. Niemniej niepowikłany przebieg PCNL (Clavien 0) dotyczy ponad 76% chorych (tab. 4).

Na podstawie innej analizy uwzględniającej klasyfikację Claviena i Dindo, obejmującej 5803 chorych poddanych PCNL w różnych ośrodkach w latach 2007–2009 stwierdzono, że przy dużej skuteczności tej metody ryzyko związanych z tym zabiegiem powikłań wynosi tylko 20,5%, przy czym większość z nich (98,2%) stanowią powikłania nieprzewyższające stopnia IIIa w klasyfikacji Claviena i Dindo (tab. 5) [De la Rosette J i wsp. J Endourol 2011; 25 (1): 11-7].

Tabela 4. Częstość występowania powikłań po PCNL sporządzona na podstawie analizy 11 929 zabiegów. Według: Türk C i wsp. Guidelines on urolithiasis. EAU 2013

Powikłanie	Częstość		
	średnia	zakres	
przebieg niepowikłany	76,7%		
gorączka	10,8%	0–32,1%	
stan septyczny	0,5%	0,3–1,1%	
uszkodzenie naczyń wewnątrznerkowych	konieczność przetoczenia krwi	7,0%	0–20,0%
	konieczność embolizacji	0,4%	0–1,5%
zaciek moczowy	0,2%	0–1,0%	
uszkodzenie opłucnej/płuca	1,5%	0–11,6%	
uszkodzenie innych narządów	0,4%	0–1,7%	
zgon		0–0,3%	

Tabela 3. Wybrane powikłania i uszkodzenia jatrogenne będące następstwem kruszenia kamieni nerkowych metodą ESWL

Powikłanie/uszkodzenie	Częstość występowania	
droga kamicza	2–10%	
nerka	krwiak „bezbobjawowy”	4–19%
	krwiak „objawowy”	< 1%
inne narządy	perforacja jelita	doniesienia kazuistyczne
	krwiak wątroby	
	krwiak śledziony	
	stłuczenie trzustki	

Do najważniejszych czynników ryzyka jatrogennego uszkodzenia nerki podczas PCNL należą: rozległość kamicy, metoda litotrypsji oraz doświadczenie wykonującego zabieg. Najczęstszym następstwem przezskórnej chirurgii nerki jest krwawienie, na ogół o niewielkim nasileniu. U większości chorych pochodzi ono z mięszu nerkowego, ale nie jest znaczące. Jeśli ma znaczenie kliniczne, stosuje się różne sposoby jego opanowania umożliwiające uniknięcie operacyjnego odsłonięcia nerki. Krwawienie późne wymagające aktywnego leczenia zdarza się u ok. 1% chorych poddanych złożonym wewnątrznerkowym zabiegom przezskór-

Tabela 5. Charakterystyka wg skali Claviena i Dindo (S C-D) powikłań PCNL wykonanej u 5803 chorych, w tym u 27,5% z nich z powodu kamicy odlewowej nerki. Według: De la Rosette J i wsp. J Endourol 2011; 25 (1): 11-7

S C-D	Odsetek	
0	79,47%	
I	11,1%	98,17%
II	5,3%	
IIIa	2,3%	
III	1,3%	1,83%
IVa	0,3%	
VIb	0,2%	
V	0,03%	

Tabela 6. Częstość występowania jatrogennych uszkodzeń moczowodu w zależności od rodzaju operacji. Według: Visco AG i wsp. Obstet Gynecol 2001; 97: 685-92. Johnson DB i wsp. Urol Clin North Am 2004; 31: 157-71. De Cicco C i wsp. J Minim Invasive Gynecol 2007; 14: 428-35. Wu HH i wsp. J Minim Invasive Gynecol 2006; 13: 403-8. Pokala N i wsp. Int J Colorectal Dis 2007; 22: 683-7. Delacroix SE Jr i wsp. Clin Colon Rectal Surg 2010; 23: 104-12. Summertom DJ i wsp. Guidelines on urological trauma. EAU 2013

Rodzaj zabiegu	Częstość	
Ginekologia		
wycięcie macicy przez pochwę	0,02–0,5%	
wycięcie macicy przezotrzewnowe	0,03–2,0%	
wycięcie macicy laparoskopowe	0,2–6,0%	
operacje prolapsus	1,7–3,0%	
Chirurgia		
operacje okrężnicy/odbytnicy	0,4 – 10%	
operacje naczyniowe	≤ 2%	
Urologia		
ureteroskopia	uszkodzenie powierzchniowej błony śluzowej	0,3–4,1%
	perforacja moczowodu	0,2–2,0%
	rozerwanie moczowodu	≤ 0,3%

Tabela 7. Typy jatrogennych uszkodzeń moczowodu

Typ	Określenie	Częstość
(i)	zmiążdżenie	+++++
(ii)	ogółocenie prowadzące do niedokrwienia	++
(iii)	podklucie z niecałkowitym uniedrożnieniem	++
	podklucie z całkowitym uniedrożnieniem	+++
(iv)	podwiązanie z całkowitym uniedrożnieniem	++
(v)	przecięcie częściowe bez ogółocenia	+++
	przecięcie częściowe z ogółoceniem powodującym niedokrwienie	++
(vi)	przecięcie całkowite bez ogółocenia	++
	przecięcie całkowite z ogółoceniem powodującym niedokrwienie	+
(vii)	rozerwanie	+
(viii)	wycięcie fragmentu	+

nym. Jest ono związane zwykle z powstaniem przetoki tętniczo-żylniej (PT-Ż) lub częściej tętniaka rzekomego. Wymienione powikłania mogą również wystąpić po klasycznej pielonefrolitotomii (PNLT) oraz PLNT laparoskopowej mających zastosowanie w przypadku kamicy odlewowej nerki u chorych, u których masa znacznie rozbudowanego kamienia korallowego jest duża. Standardowe leczenie tych powikłań polega na wybiórczej embolizacji tętnicy wewnątrznerkowej pozwalającej na trwałe opanowanie krwawienia u 98% chorych. Ostatnio wprowadzono postępowanie alternatywne w stosunku do embolizacji: endowaskularne umieszczenie stentu w uszkodzonej tętnicy wewnątrznerkowej bądź nakłucie tętniaka rzekomego pod kontrolą USG i wstrzyknięcie doń trombin lub fibrynowego kleju tkankowego.

Zasadniczą metodą operacyjnego leczenia względnie małych i „korzystnie położonych” guzów nerki jest częściowe wycięcie nerki wraz z guzem wykonane z dostępu otwartego lub laparoskopowo pozwalające na onkologicznie skuteczne usunięcie nowotworu i zachowanie niezmiennego mięszu nerkowego (*nephron sparing surgery* – NSS). Alternatywą częściowego wycięcia nerki w przypadku „korzystnie położonych” guzów o niewielkiej średnicy (≤ 3 cm) jest ablacja termiczna guza wykonana przezskórnie lub retroperitoneoskopowo. Do zniszczenia małych guzów nerki stosuje się krioablację (*cryoablation* – CA) lub przegrzanie w polu działania fal o częstotliwości radiowej (*radiofrequency ablation* – RFA) bądź w polu działania skupionej wiązki ultradźwięków o dużej energii (*high intensity focused ultrasound* – HIFU), przy czym pierwsza z wymienionych metod jest stosowana najpowszechniej, a ostatnia nie jest jeszcze poznana wystarczająco dobrze. Uszkodzenia jatrogenne nerki, które niekiedy zdarzają się podczas tych zabiegów, mogą doprowadzić do powstania krwiaka nerki, PT-Ż lub tętniaka rzekomego (patrz wyżej), przetoki moczowej bądź martwicy ściany miedniczki nerkowej lub ściany moczowodu, jeśli ablacja objęła część miedniczki lub górny odcinek moczowodu. Dwa ostatnie z wymienionych uszkodzeń jatrogennych mogą doprowadzić do powstania zacieku moczowego w przestrzeni zaotrzewnowej lub do zwężenia górnego odcinka moczowodu wymagającego naprawy operacyjnej (patrz niżej).

Uszkodzenia moczowodu stanowią 1–2,5% wszystkich urazów narządów układu moczowego [Siram SM i wsp. Am J Surg 2010; 199: 566-70], przy czym znaczna większość z nich ma charakter jatrogenny. Do uszkodzeń jatrogennych dochodzi podczas operacji urologicznych (zwłaszcza endourologicznych), ginekologicznych, chirurgicznych (zwłaszcza okrężnicy i odbytnicy), naczyniowych i wyjątkowo ortopedycznych. Niemala część tych uszkodzeń zdarza się podczas operacji laparoskopowych. Większość uszkodzeń dotyczy miednicznego odcinka moczowodu. Ryzyko wystąpienia uszkodzeń jatrogennych oceniane jest przez różnych autorów odmiennie. Niemniej można je ująć w sposób przedstawiony w tabeli 6, sporządzonej na podstawie danych pochodzących z różnych opracowań.

Bardzo ważna dla postępowania w przypadku urazu moczowodu jest rozległość uszkodzenia (tab. 7).

USZKODZENIA JATROGENNE PODCZAS ZABIEGÓW ENDOUROLOGICZNYCH

Do jatrogennego uszkodzenia moczowodu (JUM) może dojść podczas następujących operacji endourologicznych: (i) operacje przezskórne we wnętrzu nerki, np. uszkodzenie połączenia miedniczkowo-moczowodowego w czasie PCNL (patrz wyżej); (ii) przezskórna lub laparoskopowa ablacja termiczna guza nerki (patrz wyżej), (iii) przezcewkowe wycięcie guza pęcherza (*transurethral resection of the bladder tumor* – TURBT) lub stercza (*TUR of the prostate* – TURP), (iv) laparoskopowa operacja żyłaków powrózka nasiennego.

Ureteroskopia przezcewkowa (URS) jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów w urologii. Polega ona na wziernikowaniu moczowodu ureterorenoskopem sztywnym lub giętkim w celach diagnostycznych (np. poszukiwanie źródła krwawienia lub rozpoznanie guza górnych dróg moczowych – GDM) oraz leczniczych (zwykle usunięcie kamienia z moczowodu lub zniszczenie guza u starannie dobranych chorych bądź leczenie zwężenia moczowodu). Litotrypsja ureteroskopowa (URSL) obarczona jest pewnym ryzykiem JUM (tab. 8). Jest ono tym większe, im średnica kamienia większa, im dłużej kamień tkwi w tym samym miejscu w moczowodzie (obrząk lub nawet odleżyna ściany moczowodu), im znajduje się wyżej.

Większość JUM (S C-D \leq III) zdarzających się podczas URSL można zaopatrzyć skutecznie metodami endourologicznymi. Uszkodzeniem najcięższym, ale szczęśliwie zdarzającym się bardzo rzadko, jest całkowite rozerwanie poprzeczne (awulsja) moczowodu. Postępowanie w takim przypadku jest kłopotliwe, bowiem doraźne rozwiązanie metodami endourologicznymi udaje się bardzo rzadko. Najkorzystniej jest doraźnie na-

prawić uszkodzenie operacyjnie tak, aby nerka została zachowana (patrz niżej).

USZKODZENIA JATROGENNE PODCZAS OPERACJI OTWARTYCH I LAPAROSKOPOWYCH

Podczas operacji otwartych lub laparoskopowych najczęściej dochodzi do uszkodzenia miednicznego odcinka moczowodu. Trudno jest porównać ryzyko wystąpienia JUM podczas operacji otwartych i odpowiadających im operacji laparoskopowych, ponieważ charakterystyka chorych i chorób, z powodu których są operowani, różnią się istotnie. Podkreśla się jednak, że zwiększenie liczby operacji laparoskopowych związane jest ze zwiększeniem zarówno liczb, jak i odsetków powikłań, w tym uszkodzeń moczowodu. Szczególne niebezpieczeństwo pod tym względem niosą operacje ginekologiczne, zwłaszcza radykalne usunięcie macicy wraz z przydatkami. Zwiększone ryzyko dotyczy operacji z powodu znacznie zaawansowanego raka macicy lub jajnika, a także operacji wykonywanych z powodu gruczolistości wewnątrzmacicznej (*endometriosis*), zwłaszcza jeśli guz endometrialny rozlegle nacieka tkanki.

Podczas wycinania macicy trzeba uwzględnić kilka szczególnie niebezpiecznych momentów, w których ryzyko jatrogennego uszkodzenia moczowodu jest duże: (i) podwiązanie i przecięcie tętnicy macicznej – powinno być dokonane możliwie jak najbliżej macicy, (ii) podwiązanie i przecięcie *ligamentum infundibulo-pelvicum* zawierającego naczynia jajnika krzyżujące moczowód, (iii) opanowywanie doraźne nagłego krwawienia z wymienionych naczyń, (iv) zszywanie kikuta pochwy – szwy założone zbyt głęboko mogą objąć moczowód, (v) zszywanie otrzewnej miednicy – jw. oraz wytworzenie kątowych zagięć moczowodu i przemieszczenie ich ku przysrodkowi.

Ryzyko uszkodzenia moczowodu, zwłaszcza lewego, obarcza także chirurgię okrężnicy i odbytnicy. Podczas operacji jelita grubego występują 4 specyficzne sytuacje związane z ryzykiem uszkodzenia moczowodu: (i) podwiązanie tętnicy kręzkowej dolnej, (ii) działania chirurgiczne w okolicy *cul-de-sac*, gdzie moczowód krzyżowany jest od przodu przez nasieniowód, (iii) przecięcie szypuła bocznych odbytnicy oraz (vi) zszywanie otrzewnej miednicy („retroperitonealizacja”) – jw. Powszechnie uznanymi czynnikami sprzyjającymi śródoperacyjnemu uszkodzeniu moczowodu są: (i) otyłość chorego, (ii) nowotwór złośliwy jako przyczyna operacji, (iii) operacja ponowna oraz istnienie wzrostów w polu operacyjnym, (iv) wcześniejsza radioterapia, (v) znaczne zaawansowanie nowotworu, (vi) duży odczyn zapalny w obszarze operowanym występujący nie tylko w przypadku operacji nowotworu, ale także w przypadku operacji wykonywanych z powodu choroby zapalnej jelita, (vii) małe doświadczenie operującego.

Do JUM dochodzi niekiedy podczas operacji naczyniowych aorty lub/i tętnic biodrowych, głównie wskutek objęcia moczowodu przez okołonaczyniowy proces zapalny. Wśród czynników ryzyka uszkodzenia moczowodu u chorych poddanych przezbrzusznym operacjom naczyniowym wymienia się następujące: (i) reoperacja, (ii) umieszczenie protezy naczyniowej przed moczowodem, (iii) rozległy, szeroki tętniak z silnym procesem zapalnym mogącym obejmować moczowód.

Podstawowym sposobem zapobiegania śródoperacyjnemu uszkodzeniu moczowodu jest jego uwidocznienie i zachowanie pełnej orientacji co do jego położenia w czasie całej operacji. Identyfikację moczowodów w polu operacyjnym może ułatwić wprowadzenie cewników moczowodowych tuż przed operacją. Jest ono godne polecenia zwłaszcza, jeśli przewiduje się, że operacja może być skomplikowana, choć wiadomo, że nie przyczynia się do zmniejszenia ryzyka JUM, ale ułatwia jego rozpoznanie. Niektórzy dla ułatwienia dostrzeżenia moczowodu, zwłaszcza

Tabela 8. Uszkodzenia jatrogenne moczowodu zdarzające się podczas litotrypsji ureteroskopowej (na podstawie danych pochodzących z wielu źródeł)

Rodzaj uszkodzenia	S C-D	Częstość występowania	
krwawienie do moczowodu	I/II	++++	≤ 5%
uszkodzenie błony śluzowej	I/II	++++	
częściowe przebicie i wprowadzenie drutu wodzącego poza światłem moczowodu („fałszywa droga”)	IIIb	+	0,4–0,9%
perforacja ściany	IIIb	++	≤ 2%
wyciwanie błony śluzowej	IIIb	<+	
oderwanie (awulsja) moczowodu	IIIb/IVa	<+	≤ 0,6%

podczas operacji laparoskopowych, polecają stosowanie cewników światłowodowych, które emitują światło iluminujące moczowód.

Wśród typów uszkodzeń zdarzających się podczas operacji otwartych lub laparoskopowych odróżnia się: (i) uszkodzenie naczyń moczowodu od zewnątrz powodujące krwawienie, (ii) zmiążdżenie, zwykle kleszczykami hemostatycznymi, (iii) podwiązanie/podklucie, (iv) uszkodzenie prowadzące do niedokrwienia, (v) przecięcie częściowe lub całkowite, (vi) wycięcie fragmentu moczowodu.

Zasadnicze znaczenie dla losów chorego, u którego doszło do JUM, ma śródoperacyjne zidentyfikowanie uszkodzenia, bowiem jego natychmiastowe zaopatrzenie skutkuje dobrym gojeniem, jeśli zaś rozpoznanie następuje w czasie późniejszym po operacji, to odległy wynik leczenia jest nieprzewidywalny i znacznie zwiększa się ryzyko konieczności wycięcia nerki. Trzeba przy tym podkreślić, że odsetek JUM rozpoznanych podczas operacji otwartych wynosi tylko ok. 30%, a podczas operacji laparoskopowych jest znacznie mniejsze. Dlatego w razie podejrzenia JUM trzeba zastosować wszelkie sposoby jego rozpoznania (pełne uwidocznienie moczowodu w polu operacyjnym, podanie dożylnie błękitu metylenowego w celu dostrzeżenia wyciekania moczu zabarwionego na niebiesko, wprowadzenie cewnika do moczowodu cystoskopowo lub po nacięciu przedniej ściany pęcherza, ureteropielografia wstępująca, choć wykonanie tego badania w czasie operacji jest możliwe rzadko).

Naprawa uszkodzenia moczowodu wymaga dobrej oceny, doświadczenia i sprawności chirurgicznej. W przypadku podwiązania/podklucia moczowodu trzeba zdjąć podwiązkę i ocenić, jak rozległe jest uszkodzenie moczowodu (dewitalizacja). Tak samo ważna jest ocena stanu ściany moczowodu w razie zmiążdżenia, choć w takim przypadku prawdopodobieństwo uszkodzenia moczowodu jest większe, zwłaszcza że pełny obraz niedokrwienia może ujawnić się dopiero po kilku dniach. Jeśli stan moczowodu nie budzi istotnych wątpliwości, to prawie zawsze trzeba pozostawić stent DJ w moczowodzie. Jeśli uszkodzenie przydatki i ściany moczowodu grozi trwałym niedokrwieniem, należy ten fragment moczowodu wyciąć i przywrócić ciągłość dróg moczowych jedną z metod wymienionych w tabeli 9. Prostą naprawę doraźną (np. zespolenie moczowodowo-moczowodowe) uszkodzeń, które wystąpiły podczas operacji laparoskopowych, w tym z użyciem robota, można wykonać bez konwersji do operacji otwartej.

Wybór sposobu postępowania rekonstrukcyjnego w przypadku wykrytego w czasie operacji nienaczyniowych przerwania ciągłości moczowodu (nacięcie, przecięcie, rozerwanie albo wycięcie części moczowodu) lub

Tabela 9. Zasady zaopatrzenia ciężkich uszkodzeń jatrogennych moczowodu (JUM) w zależności od poziomu, na którym znajduje się uszkodzenie

Poziom JUM	Metoda naprawy	Komentarz
odcinek miedniczny	zespolenie moczowodowo-pęcherzowe	proste, jeśli JUM dotyczy odcinka przypęcherzowego
		z manewrem <i>psaos hitch</i> , jeśli JUM znajduje się w okolicy naczyń biodrowych
		z płatem Boariego, jeśli JUM znajduje się powyżej naczyń biodrowych
odcinek środkowy	zespolenie moczowodowo-moczowodowe	jeśli można je wykonać bez napięcia
	zespolenie międzymoczowodowe	jeśli wykonanie zespolenia moczowodowo-moczowodowego nie jest możliwe
odcinek górny	zespolenie moczowodowo-miedniczkowe	z ewentualnym zmobilizowaniem nerki i jej obniżeniem
	zespolenie moczowodu z kielichem dolnym nerki	wyjątkowo rzadko w ramach naprawy doraźnej, nieco częściej w ramach naprawy późnej
jeśli ciężki stan chorego nakazuje zakończyć operację zasadniczą jak najszybciej i nie pozwala na podjęcie czasochłonnej rekonstrukcji dróg moczowych		wytworzenie ureterostomii <i>in situ</i> powyżej uszkodzenia podwiązanie kikuta górnego moczowodu i wytworzenie przetoki nerkowej metodą nakłucia

Tabela 10. Leczenie zwężeń będących następstwem jatrogennego uszkodzenia moczowodu z uwzględnieniem nasilenia i umiejscowienia zwężenia

Odcinek moczowodu dotknięty zwężeniem	Nasilenie zwężenia / metoda leczenia	
Zwężenie powodujące wodonercze nie więcej niż umiarkowane		
górny	próba instalacji stentu DJ i następcza próba rozszerzenia zwężenia balonem lub endoskopowego rozcięcia z modelowaniem stentem DJ	
środkowy		
dolny		
Zwężenie powodujące wodonercze co najmniej umiarkowane		
górny	wycięcie zwężenia i zespolenie moczowodowo-miedniczkowe	po ewentualnym obniżeniu nerki
	wycięcie zwężenia i zespolenie moczowodu z kielichem dolnym nerki	
środkowy	wycięcie zwężenia i zespolenie moczowodowo-moczowodowe	
	zespolenie międzymoczowodowe (transuretero-ureterostomia)	
	zastąpienie deficytu moczowodu jelitem (uretero-ileoplastyka)	
	przeszczepienie nerki w obręb miednicy i zespolenie miedniczki nerkowej z pęcherzem	
dolny (w tym przetoka moczowodowo-pochwowa)	zespolenie moczowodu z pęcherzem uniesionym do mięśnia biodrowego większego (<i>psaos hitch</i>)	
	zespolenie moczowodu z rurą wytworzoną z przedniej ściany pęcherza metodą Boariego	
	zespolenie moczowodowo-pęcherzowe z zastosowaniem <i>psaos hitch</i> i rury Boariego	

zniszczenia powodującego niedokrwienie zależy od poziomu, na którym znajduje się uszkodzenie. Zasada ogólna dotycząca chirurgii moczowodu stanowi, że uszkodzenia części miednicznej moczowodu są wskazaniem do wszczęcia górnego kikuta moczowodu do pęcherza metodą odpowiednią do istniejącej sytuacji, a uszkodzenia odcinków ponadmiednicznych zaopatruje się, zespalając kikuty moczowodu (ureteroureterostomia) lub wszczepiając kikut górnego moczowodu uszkodzonego do moczowodu przeciwnego (transureteroureterostomia) (tab. 9). Inne, bardziej technicznie, wymagające i obciążające chorego sposoby zaopatrzenia stosowane w przypadku późnej rekonstrukcji dróg moczowych z powodu powikłań uszkodzeń jatrogennych na ogół nie mają zastosowania w ramach zaopatrzenia doraźnego.

Odtworzenie doraźne ciągłości dróg moczowych podejmowane z powodu JUM wymaga przestrzegania następujących reguł: (i) wycięcie zdewitalizowanych fragmentów do miejsc, w których widoczne jest krwawienie z przekroju moczowodu, (ii) modelowanie moczowodu stentem DJ, (iii) wytworzenie szerokiego, wodoszczelnego zespolenia moczowodowo-moczowodowego bez napięcia szwami wchłaniającymi (monofil 6-0), (iv) zdrenowanie okolicy zespolenia. Zaleca się, aby dla ochrony zespolenia zastosować zabezpieczenia dodatkowe w postaci pokrycia moczowodu otrzewną, otoczenia go siecią większą lub niekiedy wytworzenia przetoki nerkowej.

Szczególnej uwagi wymagają uszkodzenia, do których doszło w czasie wszczęcia protezy naczyniowej. Ich naprawę trzeba wykonać nadzwyczaj starannie z zastosowaniem wymienionych wyżej sposobów ochrony zespolenia dróg moczowych, tak aby nie doszło do pooperacyjnego przeciekania moczu do okolicy protezy, niezwykle groźnego dla jej losów. Doraźne wycięcie nerki z powodu JUM jest ostatecznością, którą można podjąć tylko wtedy, gdy wiadomo, że nerka przeciwna jest sprawna. Postępowaniem najrozsądniejszym jest dokonanie starannej naprawy doraźnej, a w przypadku jej niepowodzenia (przeciekania moczu) wczesne wycięcie nerki.

Zaopatrzenie jatrogennych uszkodzeń moczowodu rozpoznanych po operacji. Wcześniej wspomniano, że rozpoznanie większości JUM następuje po operacji. Obraz kliniczny zależy od rodzaju uszkodzenia i związany jest z zastojem moczu powyżej niego lub/i zaotrzewnowym bądź dootrzewnowym zacięciem moczu. Następstwem uszkodzenia obustronnego może być bezmocz lub skąpomocz. Objawy zwykle występują wcześniej po operacji. Są nimi: długotrwały, nieustępujący ból w okolicy lędźwiowej, gorączka, wyciekanie moczu przez ranę operacyjną (jeśli nie ma pewności, czy płyn odbierany przez dren jest moczem, należy oznaczyć w nim stężenie kreatyniny), objawy otrzewnowe, wzmożenie leukocytozy i innych znaczników stanu zapalnego.

W razie podejrzenia uszkodzenia moczowodu należy wykonać tomografię komputerową przed i po podaniu środka cieniującego (jeśli nie ma przeciwwskazań) oraz cystoskopię i ureterografię wstępującą. Dalsze postępowanie zależy od rodzaju uszkodzenia, przy czym dobrze jest naprawić je chirurgicznie natychmiast po rozpoznaniu we wczesnym okresie pooperacyjnym. Jeśli to niemożliwe, trzeba ograniczyć się do wykonania zabiegu minimalnie inwazyjnego (instalacja stentu DJ lub wytworzenie przeskórnej przetoki nerkowej – PPN), aby po późniejszym dokonaniu oceny stanu moczowodu naprawić je w odleglejszym czasie.

Wprowadzenie stentu DJ udaje się u od 20% do 50% chorych, przy czym nawet u 75% z nich dochodzi do wygojenia uszkodzenia i nie ma potrzeby dokonywania jego naprawy operacyjnej. Niepowodzenie umieszczenia stentu jest z reguły następstwem całkowitej niedrożności lub całkowitego przecięcia moczowodu. Opóźnione rozpoznanie JUM samo przez się znacząca zwiększa odsetek powikłań naprawy.

Najczęstszym powikłaniem naprawy JUM jest zwężenie moczowodu lub nawet jego zarośnięcie prowadzące do powstania wodonercza. Szczegółowe omówienie postępowania diagnostycznego i leczenia zwężeń moczowodu wykracza poza zakres niniejszego pracowania. Ograniczamy się zatem tylko do przedstawienia w tabeli 10 ogólnych zasad zabiegowego leczenia zwężeń w zależności od ich nasilenia i umiejscowienia.

Niezwykle rzadko zdarza się, że uszkodzenie dotyczy obydwu moczowodów – na ogół w obrębie miednicy. Jeśli nie poddaje się leczeniu minimalnie inwazyjnymu, co zdarza się często, można przeszczepić oba moczowody do pęcherza z obustronnym manewrem *psaos hitch* lub zastąpić dolne odcinki moczowodów izolowaną pętlą jelita cienkiego ułożoną w kształt rogala zespolonego w obrębie jego wypukłości z górną ścianą pęcherza.

Szczególnej uwagi wymaga leczenie JUM rozpoznanych późno po operacjach naczyniowych. Zasady naprawy uszkodzeń rozpoznanych późno po takich i po innych operacjach są podobne, jednak w przypadku tych pierwszych obowiązuje szczególna dbałość o losy protezy, w tym zwłaszcza pod względem zapobiegania jej zakażeniu. Powikłaniem nadzwyczaj groźnym jest przetoka tętniczo-moczowodowa (PT-M) pochodząca najczęściej z tętnicy biodrowej. To rzadko występujące i potencjalnie katastrofalne powikłanie wymaga natychmiastowego rozpoznania i bezwzględnego leczenia z powodu krwotoku zagrażającego życiu chorego. Krwawieniu u około połowy chorych towarzyszy wodonercze wywołane upośledzeniem drożności moczowodu przez skrzepy krwi, któremu towarzyszy ból w okolicy lędźwiowej. Rozpoznanie PT-M ustala się na podstawie TK (czułość tylko do 50%), cystoskopii (rytmiczne krwawienie z ujścia moczowodowego), ureteropielografii (czułość 45–60%), angiografii (czułość 23–41%) oraz ostrożnie wykonanej ureteroskopii (jej czułość wraz z angiografią oceniono na nieco > 60%). Leczenie musi być możliwe jak najsprawniejsze i podjęte niezwłocznie. Obejmuje ono: (i) embolizację tętnicy lub moczowodu, (ii) wprowadzenie stentu do tętnicy, (iii) rewizję operacyjną polegającą na zaopatrzeniu naczynia i moczowodu oraz oddzieleniu ich płatem sieci większej. Leczenie operacyjne traci na znaczeniu wobec rozwoju metod wewnątrznaczyniowych, choć ma zastosowanie, jeśli one zawodzą.

Jatrogenne uszkodzenia pęcherza zdarzają się rzadko. Definiuje się je jako całkowite przerwanie (przecięcie/przebiecie) ciągłości ściany pęcherza penetrujące dootrzewnowo lub do przestrzeni pozaotrzewnowej. Mogą wystąpić podczas endoskopowych zabiegów wewnątrzpęcherzowych (TURBt/TURP – elektroresekcja przezcewkowa guza pęcherza lub stercza), cięcia cesarskiego oraz operacji ginekologicznych lub chirurgicznych w obrębie miednicy (tab. 11).

Uszkodzenia występujące podczas zabiegów przezcewkowych są zwykle dostrzeżone śródoperacyjnie. Pozostałe nie zawsze. Ich wystąpienie powoduje objawy zależne od dootrzewnowego lub pozaotrzewnowego zacięku moczu. Rozpoznanie definitywne następuje na podstawie

cystografii. Większość niewielkich uszkodzeń pozaotrzewnowych może ulec wygojeniu po pozostawieniu cewnika w pęcherzu do 14 dni. Uszkodzenia dootrzewnowe wymagają na ogół zaopatrzenia operacyjnego polegającego na starannej inspekcji jamy otrzewnej (uszkodzenia jelit), wycięciu tkanki zmienionej martwiczo na brzegach uszkodzenia i zszyciu dwuwarstwowym rany pęcherza z pozostawieniem w nim cewnika cystostomowego oraz cewnika wprowadzonego przez cewkę. Nacięcie/rozwinięcie ściany pęcherza zauważone podczas operacji w obrębie miednicy wymaga zaopatrzenia w taki sam sposób jak opisano wyżej. Wszelkie operacje wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet wykonane z użyciem taśmy podwieszającej cewkę stwarzają ryzyko uszkodzenia tylnej ściany pęcherza podczas wprowadzania taśmy. Dlatego zaleca się, aby wykonywać je, posługując się kontrolą cystoskopową umożliwiającą zidentyfikowanie uszkodzenia i podjęcie jego doraźnej naprawy (zwykle wystarcza usunięcie taśmy i jej ponowne, prawidłowe założenie oraz pozostawienie cewnika w pęcherzu na nieco dłuższy czas). Niedostrzeżenie śródpęcherzowego przebiegu taśmy grozi wystąpieniem stanu zapalnego tkanek w jej okolicy, powstaniem inkrustacji na jej powierzchni, a nawet wystąpieniem przetoki pęcherzowo-pochwowej.

Istotnym klinicznie powikłaniem niedostrzeżonego w czasie operacji ginekologicznej (głównie histerektonii) uszkodzenia pęcherza bywa przetoka pęcherzowo-pochwowa (PP-P). Jest ona najczęściej następstwem martwicy tkanek w miejscu szwów założonych niezamierzenie na tylną ścianę pęcherza podczas zszywania kikuta pochwy. Może również wystąpić po rozległym skoagulowaniu hemostatycznym tkanek krwawiących w okolicy kikuta pochwy. Wyciekanie moczu z pochwy pojawia się bezpośrednio po usunięciu cewnika z pęcherza lub do 3 tygodni od operacji. Poprzedzający je lub towarzyszący mu ból nerki może świadczyć o wystąpieniu przetoki moczowodowo-pochwowej (patrz wyżej). PP-V powstała po napromienianiu miednicy występuje z reguły po upływie długiego czasu (nawet kilku lat) od zakończenia radioterapii. Objętość moczu wyciekającego przez pochwę zależy od rozległości przetoki i umiejscowienia jej otworu pęcherzowego. U co najmniej 3/4 chorych z PP-P oddawanie moczu przez cewkę jest zachowane. Objętość moczu wyciekającego bezwiednie jest z reguły większa w ciągu dnia (pozycja stojąca, aktywność fizyczna) niż w ciągu nocy (pozycja leżąca).

Rozpoznanie PP-P ustala się na podstawie cystoskopii i wzornikowania pochwy. Zidentyfikowanie pochwowego otworu przetoki ułatwia podanie roztworu błękitu metylenowego do pęcherza. W przypadku przetok skomplikowanych należy wykonać tomografię komputerową.

Podejmowanie próby wczesnego leczenia małych przetok, których kanał nie jest jeszcze pokryty nabłonkiem, przez pozostawienie cewnika w pęcherzu na 2–3 tygodnie, jest mało uzasadnione. Jeśli w cystoskopii widać, że otwór pęcherzowy jest mały (średnicy $\leq 3-4$ mm) oraz że kanał przetoki jest wąski i jego okolica nie jest znacznie zbliznowaciała, można podjąć próbę skoagulowania prądem diatermicznym kanału przetoki i po niej pozostawić cewnik w pęcherzu na co najmniej 2 tygodnie. Skuteczność takiego postępowania jest ograniczona i może ono doprowadzić do powiększenia przetoki. Wspomniane leczenie można uzupełnić wstrzyknięciem kleju fibrynowego do kanału przetoki, jednak zbyt mało jest przesłanek świadczących o powodzeniu takiego postępowania. Większość PP-P wymaga klasycznego leczenia operacyjnego. Najbezpieczniej jest, jeśli operację wykonuje się po upływie co najmniej kilkunastu tygodni od wystąpienia przetoki, gdy ustąpi odczyn zapalny wokół przetoki. Niektórzy są zwolennikami jak najwcześniejszej naprawy przetoki, nawet tuż po jej rozpoznaniu. Leczenie operacyjne przetok popromiennych należy wszcząć po upływie znacznie dłuższego czasu (ok. 12 miesięcy).

Fundamentalną zasadą operacyjnego leczenia PP-P jest doszczętne wycięcie kanału przetoki wraz z otaczającym go zwłóknieniem, osobne zszywanie bez napięcia cienkimi szwami wchłaniającymi ściany pęcherza i ściany pochwy tak, aby linie szwów nie stykały się ze sobą oraz zapewnienie dobrego odpływu moczu z pęcherza (cewnik przez cewkę lub/i cystostomia) po operacji przez 2–3 tygodnie. W przypadku przetok skomplikowanych (rozległych, nawrotowych, popromiennych) należy oddzielić zszytą ścianę pęcherza od ściany pochwy uszypułowanym płatem sieci większej. Dostęp operacyjny do przetoki – przezpochwowy/przezbrzuszny – zależy od umiejscowienia i rozległości przetoki. Położone nisko, niewielkie PP-P „proste” można z powodzeniem operować przezpochwowo. Do pozostałych najlepiej jest wykorzystywać dostęp nadłonowy: wylącznie przezpęcherzowy lub lepiej przezotrzewnowy i przezpęcherzowy. Skuteczność operacyjnego leczenia PP-P z dostępu przezpochwowego lub przezbrzusznego oceniona na podstawie doniesień opublikowanych w ostatnim 20-leciu wynosi odpowiednio 82–100% i 76–96%, trzeba jednak podkreślić, że PP-P operowane przezbrzuszenie są bardziej skomplikowane od operowanych przezpochwowo.

Innym rodzajem przetok są przetoki pęcherzowo-maciczne (PP-M). Otwór pęcherzowy PP-M znajduje się z reguły dość wysoko na tylnej

Tabela 11. Ryzyko wystąpienia jatrogennych uszkodzeń pęcherza moczowego w zależności od rodzaju operacji. Według: Summertom DJ i wsp. Guidelines on urological trauma. EAU 2013. Singer EA i wsp. Complications of transurethral resection of bladder tumors. W: Taneja SS. Complications of urologic surgery. Saunders, Elsevier 2010

Rodzaj operacji	Częstość występowania
Położnictwo i ginekologia	
cięcie cesarskie	$\leq 1\%$
laparoscopia diagnostyczna	0,01%
histerektonia laparoskopowa	$\leq 2,0\%$
histerektonia przezpochwowa	$\leq 6,3\%$
histerektoniom laparotomowa	$\leq 2,5\%$
sakrokolpopeksja laparoskopowa	1,9%
przezpochwowa implantacja siatki podwieszającej	$\leq 3,5\%$
Urologia	
kolposuspensja met. Burcha	$\leq 1,2\%$
podwieszenie cewki taśmą – wszystkie	6,6%
podwieszenie cewki taśmą – załonowe	$\leq 8,5\%$
podwieszenie cewki taśmą – przezzałonowe	$\leq 2,4\%$
sling łonowo-cewkowy	2,8%
TURBT	$\leq 5,0\%$
TURP	0,01%

ścianie pęcherza. Powstają one w wyniku jednoczesnego uszkodzenia pęcherza i macicy podczas operacji ginekologicznych (np. po cięciu cesarskim, operacji usunięcia mięśniaków z pozostawieniem trzonu macicy, wycięciu trzonu macicy – przetoka pęcherzowo-szyjkowa). PP-M nie zawsze związana jest z bezwiednym wyciekaniem moczu przez pochwę. Klasycznymi objawami (zespół Youssefa) są: (i) krwimocz w czasie miesiączki (menouria), (ii) krwimocz występujący w okresie miesiączki, ale bez towarzyszącego mu krwawienia z pochwy, (iii) bezpłodność oraz (iv) niewystępowanie wyciekania moczu przez pochwę. Rozpoznanie ustala się na podstawie cystografii (jej wynik może być ujemny), cystoskopii i fistulografii oraz wzornikowania pochwy i histerografii. Przetokę można ujawnić ultrasonograficznie oraz w urografii i tomografii komputerowej. Niekiedy PP-M ulega wygojeniu samoistnemu lub po elektrokoagulacji jej kanału. Sposób leczenia chirurgicznego zależy od oczekiwań chorej. Jeśli chce zająć w ciąży, należy odpreparować trzon macicy od tylnej ściany pęcherza, wyciąć pęcherzowy fragment przetoki i starannie zszyć pęcherz oraz oddzielić go od macicy płatem sieci większej. Jeśli chora akceptuje wycięcie macicy, należy wykonać histerektonię i pęcherz zaopatrzyć w sposób przedstawiony wyżej.

Jatrogenne uszkodzenia cewki moczowej dotyczą w większości cewki męskiej i związane są z urazem ściany cewki podczas cewnikowania/zgłębnikowania cewki rozszerzadłami lub wprowadzenia endoskopu. Uszkodzenia cewki kobiecej zdarzają się podczas ginekologicznych operacji przezpochwowych.

W przypadku nieudanego cewnikowania/zgłębnikowania cewki może dojść do uszkodzenia błony śluzowej lub nawet przebiccia całej ściany cewki („fałszywa droga”). W razie podejrzenia uszkodzenia należy dokonać inspekcji endoskopowej cewki (uretrocystoskopia), ocenić rozległość uszkodzenia, odnaleźć drogę do pęcherza i pozostawić w pęcherzu wąski (≤ 16 F) cewnik silikonowy Foleya do czasu wygojenia uszkodzenia.

W następstwie uszkodzenia cewki w którymkolwiek jej odcinku może dojść do zwężenia. O jego powstaniu świadczy osłabienie strumienia moczu i wystąpienie innych dolegliwości związanych z oddawaniem moczu. Rozpoznaje się je na podstawie uretrografii wstępującej, cystografii mikcyjnej oraz uretroskopii. Leczenie zależy od umiejscowienia zwężenia, jego długości oraz kalibru cewki w miejscu zwężenia, a także od stanu tkanek wokół niego (zwłóknienie). W przypadku krótkiego i podatnego zwężenia można podjąć próbę leczenia rozszerzaniem. Urologdy chętnie stosują endoskopowe rozcięcie zwężenia nożem „zimnym” lub laserem (uretrotomia optyczna wewnętrzna – UOW). Skuteczność tej metody w odniesieniu do zwężeń obejmujących długi odcinek cewki ($> 1-1,5$ cm) i otoczonych zbliznowaczeniem jest znacznie ograniczona. W razie nawrotu zwężenia oraz w przypadku zwężeń bardziej zaawansowanych niż opisane wyżej trzeba zastosować leczenie operacyjne polegające na

W

wycięciu zwężonego odcinka cewki i zespoleniu jej kikutów koniec do końca lub wycięciu zwężenia, lub jego całkowitym rozcięciu i zastąpieniu ubytku uszypułowanym płatem skóry nieowłosionej prącia bądź wolnym płatem błony śluzowej pobranym z policzka.

Po rozległych operacjach w obrębie miednicy mniejszej u mężczyzn mogą wystąpić **zaburzenia czynnościowe** ze strony **dolnych dróg moczowych** lub/i ze strony **prącia** (*erectile dysfunction* – ED) w wyniku uszkodzenia nerwów autonomicznych i somatycznych zaopatrujących pęcherz moczowy, cewkę sterczową i aparat zwieraczy cewki oraz prącie. Szczegółowe omówienie przyczyn, rozpoznania i leczenia tych zaburzeń wykracza poza zakres tego opracowania. Będą one przedstawione w wykładzie.

Rak obwodowej części trzustki

W-00085

SPOSOBY ZAOPATRZENIA KIKUTA TRZUSTKI

Marek Dobosz

Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia Szpitala Wojewódzkiego w Gdańsku

STRESZCZENIE

Wstęp: Dystalna resekcja trzustki jest zabiegiem chirurgicznym stosowanym w leczeniu złośliwych i łagodnych zmian zlokalizowanych w ogonie i trzonie trzustki. Najczęstszym i najpoważniejszym powikłaniem tego zabiegu jest pooperacyjna przetoka trzustkowa występująca w 15–30% przypadków. Następstwem przetoki trzustkowej jest długotrwały drenaż, ropień podprzeponowy, krwawienie wewnątrztrzewnowe, wyniszczenie, zaburzenia elektrolitowe oraz znaczący wzrost kosztów leczenia.

Cel: Przegląd piśmiennictwa na temat zaopatrywania kikuta trzustki po dystalnej resekcji.

Materiał i metody: Podstawowe znaczenie w zapobieganiu temu groźnemu powikłaniu ma technika chirurgiczna. Dotychczas opisano kilkanaście sposobów zaopatrywania kikuta trzustki po jej dystalnej resekcji.

Wyniki: Najczęściej stosowaną metodą jest zamknięcie za pomocą szwów lub staplera. Inne, rzadziej stosowane metody to zespolenie kikuta trzustki z wyizolowaną pętlą Roux jelita czczego, naszytie łąty surowiczkowo-mięśniówkowej z żołądka lub jelita, użycie klejów tkankowych, „meshu”, wstrzykiwanie prolaminy do przewodu trzustkowego, wprowadzenie stentu czy stosowanie oktreatydu. Wpływ na skuteczne zaopatrzenie kikuta trzustki może mieć rodzaj urządzeń elektrochirurgicznych stosowanych do preparowania miększu i zamykania przewodów trzustkowych: dysektor ultrasonograficzny, nóż harmoniczny, LigaSure, aparat do radiofrekwencji, nożyczki bipolarne czy różne formy koagulacji.

Wnioski: Jak dotąd, w badaniach nie wykazano jednoznacznej wyższości jednej metody nad inną. Wydaje się, że istotnym elementem techniki chirurgicznej w zaopatrzeniu kikuta trzustki po dystalnej resekcji jest wyizolowanie i podkucie przewodu trzustkowego Wirsunga. W przypadku występowania szerokiego przewodu i podejrzenia utrudnionego odpływu soku trzustkowego w kierunku dystalnym zasadne jest zespolenie kikuta trzustki z pętlą jelita czczego. Opracowanie optymalnego postępowania z kikutem trzustki po jej dystalnej resekcji wymaga dalszych randomizowanych badań.

Słowa kluczowe: trzustka.

Od chirurgii otwartej do chirurgii laparoskopowej

W-00081

OD CHIRURGII OTWARTEJ DO LAPAROSKOPOWEJ – CHIRURGIA WĄTROBY

Tadeusz Wróblewski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Chirurgia wątroby to domena operacji otwartych. Wiąże się to głównie z rozległością interwencji, zapewnieniem właściwego dostępu

chirurgicznego do segmentów wątroby spełniającego czystość onkologiczną, aż po główne zagrożenie dla laparoskopii, jakim jest możliwość wystąpienia gwałtownego krwawienia śródoperacyjnego. Dlatego też chirurdzy stronią od wykonywania operacji na miększu wątroby, w szczególności sposobem laparoskopowym.

Cel: Celem pracy było podsumowanie możliwości zastosowania technik małoinwazyjnych w chirurgii wątroby z uwypukleniem zastosowania nowoczesnych technologii i materiałów hemostatycznych, które w istotny sposób ułatwiają, a czasami wręcz umożliwiają przeprowadzenie operacji na wątrobie.

Materiał i metody: Laparoscopia diagnostyczna czy resekcje torbieli prostych wątroby to typowe, standardowe zastosowanie dla laparoskopii. Zmiany położone w segmentach lewych II i III oraz IVb, V i VI powinny zawsze być brane pod uwagę do anatomicznej lub nieanatomicznej resekcji wątroby sposobem laparoskopowym. Koszty związane z operacją laparoskopową wątroby nie przewyższają dzisiaj istotnie operacji otwartych, ale zwykle skrócony 2–3-krotnie czas pobytu w szpitalu w stosunku do niepowikłanych operacji otwartych skutkuje zmniejszeniem kosztów pobytu w oddziale.

Wyniki: Wyniki bezpośrednie i odległe obu typów operacji są w wybranych grupach chorych porównywalne, ale dla rozległych resekcji wątroby nadal chirurgią z wyboru pozostaną operacje otwarte.

Wnioski: Operacje małoinwazyjne w chirurgii wątroby stanowią cenne uzupełnienie dla technik otwartych, a ich coraz szersze wprowadzanie umożliwia stały postęp technologiczny.

Słowa kluczowe: chirurgia wątroby, laparoscopia.

Sesja PTChO – Postępy w chirurgii onkologicznej

W-00034

LECZENIE WZNOWY RAKA JELITA GRUBEGO Z WYKORZYSTANIEM RADIOTERAPII ŚRÓDOPERACYJNEJ

Wojciech Polkowski¹, Magdalena Skórzewska¹,
Jerzy Mielko¹, Małgorzata Jankiewicz²,
Jarosław Romanek¹, Marek Sokoluk¹, Witold Budny¹,
Mieczysław Jazienicki¹, Robert Sitarz¹,
Andrzej Kurylcio¹

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli

STRESZCZENIE

Wstęp: Wznowa miejscowa pogarsza wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego (RJG). Radioterapia śródoperacyjna (*intra-operative radiotherapy* – IORT) w połączeniu z radykalnym leczeniem chirurgicznym może się przyczynić do zwiększenia kontroli miejscowej i poprawy wyników leczenia.

Cel: Celem niniejszej pracy jest analiza wyników leczenia chirurgicznego skojarzonego z IORT chorych ze wznową RJG.

Materiał i metody: Analizą objęto 79 chorych ze wznową miejscową RJG leczonych w latach 2004–2011. Resekcję wykonano u 59 chorych ze wznową raka okrężnicy (n = 11) i odbytnicy (n = 48). Podczas operacji w 25 (43%) przypadkach resekcję uzupełniono ortowoltową IORT przy użyciu systemu Intrabeam® PRS 500. W czasie obserwacji zmarło 62% chorych.

Wyniki: Wśród 59 chorych po resekcji było 32 mężczyzn i 27 kobiety (mediana wieku: 63 lata; zakres: 26–77 lat). Czas IORT wahał się od 6 do 47 (Me 18) minut, a dawka wynosiła 10–17,5 (Me 12,5) Gy. Resekcje wielonarządowe wykonano u 37 (63%) chorych. Powikłania pooperacyjne 3/4 stopnia wg klasyfikacji Dindo–Clavien stwierdzono u 11 (19%) chorych. Odnotowano 1 (1,7%) zgon pooperacyjny. Średni czas hospitalizacji po operacji z IORT wyniósł 7 dni (zakres: 2–23 dni). Zastosowanie IORT nie wpływało na wydłużenie czasu hospitalizacji pooperacyjnej, zwiększenie odsetka zgonów ani powikłań pooperacyjnych. Odsetek 3-letnich przeżyć w grupie chorych, u których resekcję uzupełniono IORT, wyniósł 31%. W analizie jednoczynnikowej tylko resekcja mikroskopowo radykalna (R0), brak przerzutów odległych (M0) oraz zakres naciekania wznowy mniejszy niż obejmujący boczne ściany miednicy i/lub kość krzyżową (stopień Tr5 wg klasyfikacji Wanebo) miały istotny wpływ na przeżycia odległe. W analizie wieloczynnikowej tylko stopień zaawansowania wg klasyfikacji Wanebo okazał się niezależnym czynnikiem rokowniczym (p = 0,03; model regresji Coxa).

Wnioski: Zastosowanie IORT, przy użyciu Intrabeam® PRS 500, jako uzupełnienie postępowania chirurgicznego jest bezpieczną procedurą, która nie zwiększa ryzyka powikłań pooperacyjnych ani nie przedłuża czasu hospitalizacji. Pomimo agresywnego postępowania chirurgicznego z IORT, ograniczeniem możliwości poprawy wyników odległych jest zaawansowanie regionalne wznowy.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, rak okrężnicy, wznowa, radioterapia śródoperacyjna.

W-00027

ZASADY DIAGNOSTYKI I LECZENIA MIĘSAKÓW TKANEK MIĘKKICH

Piotr Rutkowski

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Współczesne leczenie skojarzone i stosowanie metod rekonstrukcyjnych pozwala u większości chorych na mięsaki tkanek miękkich o lokalizacji kończynowej na oszczędzenie kończyny.

Cel: Podstawową metodą jest leczenie chirurgiczne, a wprowadzenie zasady skojarzonego postępowania, tzn. standardowego łączenia chirurgii z radioterapią i niekiedy chemioterapią oraz rehabilitacją, w wyspecjalizowanych ośrodkach znacząco zwiększyło szansę na ograniczenie zasięgu operacji, całkowite wyleczenie chorego lub uzyskanie długoletniego przeżycia.

Materiał i metody: Ogólnie obserwuje się powolny, ale stały wzrost odsetka chorych na mięsaki tkanek miękkich z wieloletnimi przeżyciami. Wskaźnik 5-letnich przeżyć całkowitych chorych na mięsaki tkanek miękkich zlokalizowane w obrębie kończyn wynosi obecnie 55–78%. Takie same zasady dotyczą mięsaków przestrzeni zaotrzewnowej. W przypadku rozpoznania przerzutów długość okresu przeżycia jest jednak nadal krótka i wynosi średnio ok. 1 roku.

Wyniki: Korzystnych wyników miejscowych leczenia mięsaków można spodziewać się tylko w przypadku planowego (tzn. po wcześniejszej biopsji), całkowitego wycięcia mięsaka w mikroskopowo wolnych od nowotworu granicach (tzw. resekcja R0). Po prawidłowym postępowaniu diagnostycznym większość chorych poddawanych radykalnej operacji wymaga uzupełniającej radioterapii, wielotygodniowej rehabilitacji i kontynuowania badań kontrolnych w tym samym ośrodku przez minimum 10 lat. Postęp jest związany z wprowadzeniem do praktyki klinicznej leków o celowanym działaniu związanym z molekularnymi lub genetycznymi zaburzeniami w komórkach, które uczestniczą w etiopatogenezie tych nowotworów. U chorych na nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) postępowanie obejmuje zastosowanie leczenia uzupełniającego imatynibem po radykalnej resekcji GIST o dużym ryzyku, imatynib jest też lekiem z wyboru w pierwszej linii terapii w przypadku zmian nieresekcyjnych/przerzutowych.

Wnioski: Z uwagi na rzadkie występowanie mięsaków oraz konieczność skojarzonego postępowania najważniejsze jest prowadzenie diagnostyki i terapii już od początku w ramach wielodyscyplinarnego zespołu w ośrodku onkologicznym o odpowiednim doświadczeniu i zapleczu diagnostycznym.

Słowa kluczowe: mięsak, GIST, leczenie.

Skojarzone leczenie chorych na raka jelita grubego

W-00094

NIEDOSZCZĘTNE WYCIĘCIE MIEJSCOWE RAKA ODBYTNICY I CO DALEJ?

Marek Szczepkowski

Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Szpital Bielański, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Miejscowe wycięcie raka odbytnicy związane jest z korzyściami wynikającymi z zastosowania techniki minimalnie inwazyjnej, krótszą hospitalizacją, zachowaniem dobrej funkcji zwieraczy, krótszym czasem

trwania samego zabiegu oraz mniejszą liczbą powikłań. Niestety techniki leczenia miejscowego obarczone są większym ryzykiem niedoszczętnego wycięcia.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie wyników leczenia miejscowego raka odbytnicy oraz postępowania w przypadku niedoszczętnego wycięcia.

Materiał i metody: Wycięcie miejscowe raka odbytnicy obecnie wykonuje się najczęściej z dostępu przezodbytniczego (metodą klasyczną – Parksa, lub z zastosowaniem proktoskopu operacyjnego – TEM). Wskazania do wycięcia miejscowego obejmują: mały (do 3–4 cm), dobrze ruchomy, ednofityczny, dobrze zróżnicowany (G1–G2) nowotwór odbytnicy, obejmujący nie więcej niż 1/3 obwodu jelita, zaklasyfikowany w EUS jako T1 lub T2, N0. Wycięcia dokonuje się z marginesem 0,5–1 cm wokół tatuażu (Heinman 1992).

Wyniki: Niedoszczętność resekcji miejscowej potwierdzamy badaniem histopatologicznym. Wskaźnikiem niedoszczętności jest rozkawałkowanie preparatu, brak odpowiedzi lub niedostateczna odpowiedź na przedoperacyjną radioterapię w przypadku tzw. *poor responders* (Bujko 2009). W stadium T1 nowotwory cechują się małą agresywnością i wysoką czułością na radioterapię, w związku z czym lokalne wycięcie nowotworu w tym stadium wiąże się z większą szansą na otrzymanie ujemnych marginesów. W przypadku nowotworów w stadium T2 i większym odpowiedzią na radioterapię jest mniej zadowalająca ze względu na większą agresywność i zajęcie lokalnych węzłów chłonnych (częstość przerzutów do lokalnych węzłów chłonnych: T1 – 10,53%, T2 – 23,6% wg Carrara 2012). Pacjenci z brakiem lub niedostateczną odpowiedzią na radioterapię powinni być poddani operacji radykalnej, najczęściej przedniej resekcji odbytnicy (TME) lub cylindrycznej brzuszno-kroczonej/krzyżowej amputacji odbytnicy (TME).

Wnioski: Miejscowe wycięcie raka odbytnicy jest bardzo atrakcyjną, uznaną metodą leczenia raka odbytnicy w odniesieniu do ściśle wyselekcjonowanej grupy chorych. Niedoszczętne wycięcie miejscowe pogarsza rokowanie onkologiczne i zwiększa ryzyko utraty zwieraczy.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, miejscowe wycięcie, TEM, radioterapia.

W-00079

ADIUWANTOWE LECZENIE RAKA OKRĘŻNICY

Andrzej Deptała

Klinika Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW Zakład Profilaktyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Wstęp: U ok. 25% chorych operowanych radykalnie z powodu raka okrężnicy w histopatologicznej ocenie materiału pooperacyjnego można wykryć naciekanie tkanek przedsurowicówkowych (pT3) lub otrzewnej (pT4a-b). Ponadto, u 30–40% chorych po radykalnej operacji patomorfolog znajduje przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych (pN+). Dlatego, aby wyleczyć chorego na raka okrężnicy, w tych przypadkach konieczne jest zastosowanie pooperacyjnej chemioterapii, nazywanej adiuwantową.

Cel: Cele, zadania i rola chemioterapii adiuwantowej (CTA) w leczeniu raka okrężnicy.

Materiał i metody: Systematyczny przegląd piśmiennictwa.

Wyniki: Celem CTA jest zniszczenie krążących komórek nowotworowych i mikroprzerzutów, aby nie dopuścić do rozwoju jawnych klinicznie przerzutów odległych i w ten sposób wydłużyć przeżycie wolne od choroby (DFS) i przeżycie całkowite (OS). W raku okrężnicy leczenie pooperacyjne polega na podaniu CTA w terminie 6–8 tygodni od operacji, przez 6 miesięcy. Zbiorcza analiza opublikowana w 2004 r. wykazała, że zastosowanie CTA na bazie 5-fluorouracylu (5-FU) biomodulowanego kwasem folinowym (FA) w porównaniu z samym leczeniem operacyjnym zwiększa 5-letnie DFS do 67% (z 55%) i OS do 71% (z 64%), co przekłada się na względną redukcję ryzyka nawrotu i zgonu odpowiednio o 30% i o 26%. Dołączenie oksaliplatyny (OXA, np. schemat FOLFOX4) do 5-FU/FA w adiuwancie zapewnia statystycznie znaczącą poprawę 5-letniego DFS (73,3%; HR = 0,80, 95% CI: 0,68–0,93; p = 0,003) i 6-letniego OS (78,5%; HR = 0,84, 95% CI: 0,71–1,00; p = 0,046) w porównaniu ze schematem zawierającym wyłącznie 5-FU/FA. Dane te odnoszą się przede wszystkim do chorych na raka w III stopniu zaawansowania wg pTNM/

W

AJCC (pN+). Pacjenci w II stopniu zaawansowania (pN-) mogą odnieść korzyści z CTA, jeśli są w grupie ryzyka. Najważniejszymi klinicznymi czynnikami ryzyka wznowy raka są: suboptymalna limfadenektomia, naciek raka na otrzewną (pT4a-b) i operacja z powodu perforacji lub niedrożności.

Wnioski: Chorzy na raka okrężnicy w III stopniu zaawansowania powinni otrzymać chemioterapię adiuwantową na bazie oksaliplatyny. Chorzy na raka okrężnicy w II stopniu zaawansowania z wysokim ryzykiem nawrotu mogą otrzymać chemioterapię adiuwantową zawierającą 5-FU/FA.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, chemioterapia adiuwantowa, 5-fluorouracyl, oksaliplatyna.

Sesja Sekcji Zakażeń Chirurgicznych

W-00025

NOSICIELSTWO – PROBLEM BAKTERIOLOGICZNY CZY KLINICZNY?

Ryszard Marciniak

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologii Gastroenterologicznej i Chirurgii Plastycznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Nosicielstwo to stan, w którym w organizmie gospodarza stwierdza się specyficzny patogen, bez klinicznych objawów choroby, ale z możliwością konsekwencji. Nosicielstwo i kolonizacja mogą dotyczyć: *Staphylococcus aureus*, w tym MRSA, grzybów, *Helicobacter pylori*, WZW typu B, C, D, cytomegalowirusa i innych.

Cel: Na przykładzie MRSA przedstawiono problem nosicielstwa i kolonizacji ze zwróceniem uwagi na istotne problemy kliniczne, epidemiologiczne, czynniki ryzyka, potencjalne następstwa zakażeń MRSA, zapobieganie, eradykację i leczenie.

Materiał i metody: Pytania chirurga z próbą odpowiedzi na podstawie zaleceń międzynarodowych i krajowych oraz literatury.

Wyniki: Do czynników ryzyka należą m.in.: wiek, hospitalizacje, w tym pobyty na OIT, oddziałach o wysokim skażeniu MRSA, oddziałach opieki długoterminowej, inwazyjne zabiegi diagnostyczne i lecznicze, wcześniejsza długotrwała antybiotykoterapia, wywiad bakteriologiczny i inne. Następstwa zakażeń MRSA to: większe ryzyko zgonu, większa chorobowość, dłuższa hospitalizacja, wzrost kosztów leczenia, a także pojawienie się szczepów opornych (VRSA). Zwrócono uwagę na najczęstsze miejsca kolonizacji. Istotnym elementem postępowania jest higiena, dekolonizacja bakteryjna za pomocą mupirocyny stosowanej donosowo oraz dodatkowo dekolonizacja skóry poprzez kąpiele. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów przed alloplastyką stawu, wszczępieniem stentu, zabiegami naczyniowymi, kardio- i torakochirurgicznymi. Nie zaleca się rutynowego stosowania wankomycyny w eradykacji! Dopuszczalne jest natomiast jej stosowanie profilaktyczne przed zabiegiem u nosicieli MRSA, w ośrodkach o wysokiej zapadalności na zakażenia i u pacjentów wysokiego ryzyka.

Wnioski: Działania zapobiegawcze oraz eradykacja są istotnymi elementami zapobiegającymi następstwom zakażeń MRSA. Ryzyko zakażeń MRSA wynika często z błędów popełnianych przez personel medyczny. Często nie wiadomo, czy pacjent jest nosicielem opornych szczepów bakteryjnych, natomiast przy kontakcie z każdym pacjentem należy przestrzegać podstawowych zasad higieny. Niezbędnym elementem zapobiegania nosicielstwu i zakażeniom jest współpraca z pacjentem i jego rodziną oraz pełna informacja z zaleceniami postępowania.

Słowa kluczowe: nosicielstwo, MRSA, epidemiologia, zapobieganie, eradykacja, leczenie.

Chirurgia bariatryczna

W-00018

LAPAROSKOPOWA RĘKAWOWA RESEKCJA ŻOŁĄDKA I OMIINIĘCIE ŻOŁĄDKOWE W LECZENIU CHORYCH Z OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ

Rafał Paluszkiwicz¹, Piotr Kalinowski¹,
Tadeusz Wróblewski¹, Zbigniew Bartoszewicz²,
Janina Białobrzaska-Paluszkiwicz³,
Bogna Ziarkiewicz-Wróblewska⁴, Piotr Remiszewski¹,
Mariusz Grodzicki¹, Marek Krawczyk¹

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

²Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa

⁴Zakład Patomorfologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Ominięcie żołądkowe (RYGB) jest złotym standardem chirurgii bariatrycznej z potwierdzoną skutecznością i bezpieczeństwem. Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (LSG) to stosunkowo nowy zabieg operacyjny, którego częstość wykonywania znacząco wzrasta w ostatnim czasie. Prospektywne badania z randomizacją porównujące LSG z innymi operacjami bariatrycznymi nie były dotychczas często publikowane. Niniejsza praca jest pierwszym badaniem klinicznym z randomizacją dotyczącym porównania LSG i RYGB wykonanym na polskiej populacji chorych z otyłością patologiczną.

Cel: Celem pracy jest ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia metodą LSG w porównaniu z RYGB.

Materiał i metody: 76 chorych z otyłością patologiczną było randomizowanych do RYGB (38) i do LSG (38). Obie grupy były porównywalne, jeśli chodzi o wiek, płeć, BMI i choroby towarzyszące. Okres obserwacji wyniósł co najmniej 12 miesięcy. Analizowano odsetek ubytku nadmiaru masy ciała (%EWL), spadek BMI, powikłania (małe, duże, wczesne i późne), liczbę reperacji, spadek liczby chorób towarzyszących oraz niedobory pokarmowe. Wyniki opracowano, używając analizy jedno- i wieloczynnikowej.

Wyniki: W obu grupach nie było zgonów. Różnice między grupami, jeśli chodzi o duże powikłania (0% po RYGB i 8,3% po LSG, $p > 0,05$) i małe powikłania (16,6% po RYGB i 10,1% po LSG, $p > 0,05$) były nieistotne statystycznie. Nie było nagłych reperacji po RYGB i 2 po LSG (5,5%, $p > 0,05$). Spadki masy ciała po RYGB i LSG były statystycznie istotne, ale nie było różnic pomiędzy grupami w okresie obserwacji. Po 12 miesiącach %EWL w grupie LSG i RYGB wyniósł odpowiednio 64,2% i 67,6%. Nie było różnic między grupami w odniesieniu do chorób towarzyszących i niedoborów pokarmowych.

Wnioski: Zarówno RYGB, jak i LSG powodują istotny statystycznie ubytek masy ciała 6 i 12 miesięcy po operacji i mają podobną skuteczność, jeśli chodzi o %EWL, spadek BMI i wycyfywanie się chorób towarzyszących. LSG i RYGB są porównywalne pod względem bezpieczeństwa i występowania małych i dużych powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: ominięcie żołądkowe, rękawowa resekcja żołądka, prospektywne badanie z randomizacją.

Sesja Sekcji Chirurgii Endokrynologicznej

W-00095

ZMIANY W EPIDEMIOLOGII RAKA TARCZYCY W POLSCE I NA ŚWIECIE

Aleksander Konturek

III Katedra Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak tarczycy stanowi 1% wszystkich nowotworów złośliwych, ale jest najczęstszym nowotworem złośliwym (do 90%) układu endokrynnego i zdecydowanie częściej występuje w populacji kobiet niż mężczyzn.



Cel: Ukazanie różnic we wskaźnikach zachorowań i zgonów na raka tarczycy w Polsce i na świecie.

Materiał i metody: Występowanie większości nowotworów tarczycy wiąże się z podażą jodu – zarówno niedobory (rak pęcherzykowy), jak i nadmiar (rak brodawkowy) są czynnikami ryzyka. Według statystyk Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) zapadalność na świecie waha się w szerokich granicach od 0,1 do 21,6/10 5/rok. Do regionów o najwyższej zapadalności zalicza się kraje wysp Pacyfiku (Hawaje – zapadalność ponad 24/10 5 /rok w populacji kobiet i 6,2/10 5 /rok u mężczyzn), Amerykę Środkową, Japonię, Azję Wschodnią (Korea, Hongkong) oraz Kuwejt i Islandię. Według opublikowanych danych z 2013 r. przez *The American Cancer Society* wystąpiło 60 220 nowych przypadków zachorowań i 1850 zgonów z powodu raka tarczycy w Stanach Zjednoczonych. Dwa z 3 nowych zachorowań dotyczyły kobiet, a ok. 2% dotyczy dzieci i młodzieży do 16. r.ż. W Polsce według opublikowanych danych z końca 2010 r. odnotowano 1808 nowych przypadków zachorowania na raka tarczycy u kobiet i 384 u mężczyzn. Zgony odpowiednio 187 w populacji kobiet i 74 w populacji mężczyzn. Współczynnik standaryzowany zapadalności (IR) to odpowiednio na 6,7 IR/10 5/rok u kobiet i 1,5 IR/10 5/rok u mężczyzn.

Wyniki: Większość nowych zachorowań rozwija się po 45 r.ż. (> 65%), podobnie u obu płci wzrasta liczba zgonów po 65. r.ż., odpowiednio 80% u kobiet i 60% u mężczyzn. Wskaźnik mężczyźni/kobiety wskazuje na zdecydowanie wyższe ryzyko zachorowania i zgonu w populacji kobiet niż mężczyzn (4-krotnie), a ogólna liczba zachorowań na raka tarczycy w Polsce wzrosła w ostatnim dwudziestolecu o 4, 5 razy u kobiet i 3 razy u mężczyzn.

Wnioski: Trendy zapadalności na nowotwory złośliwe wskazują na znaczący i nieporównywalny z innymi wzrost liczby nowych przypadków raka tarczycy w populacji polskiej.

Słowa kluczowe: zróżnicowany rak tarczycy, epidemiologia.

W-00078

LECZENIE CHIRURGICZNE ZRÓŻNICOWANEGO RAKA TARCZYCY Z UWZGLĘDNIENIEM ZABIEGÓW MAŁOINWAZYJNYCH

Marcin Barczyński

III Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Dynamika wzrostu zachorowalności na zróżnicowanego raka tarczycy (ZRT) należy do największych zarówno w Polsce, jak i na świecie. Choć leczenie chirurgiczne od wielu lat odgrywa podstawową rolę w leczeniu skojarzonym ZRT, to jednak w ostatniej dekadzie opracowano szereg innowacyjnych technik wykorzystywanych coraz powszechniej w operacjach tarczycy, do których należą operacje z wideoasystą lub w pełni endoskopowe, także z użyciem „roboty chirurgicznego”.

Cel: Celem wykładu jest omówienie aktualnej strategii leczenia chirurgicznego ZRT z uwzględnieniem roli zabiegów małoinwazyjnych.

Materiał i metody: Wykład ten przedstawia przegląd różnych dostępów operacyjnych w chirurgii ZRT ze szczególnym uwzględnieniem technik małoinwazyjnych, ich bezpieczeństwa i wyników onkologicznych w porównaniu z zabiegiem klasycznym, z uwzględnieniem zasad oceny wg EBM (medycyny opartej na faktach).

Wyniki: Liczba publikacji dotyczących zastosowania technik małoinwazyjnych w chirurgii tarczycy sięga obecnie ok. 700 pozycji (wg PubMed), z czego ok. 10% dotyczy leczenia ZRT. Małoinwazyjne dostępy operacyjne do tarczycy obejmują aktualnie ok. 15–20 różnych technik operacyjnych. Najpopularniejszy i najbardziej wiarygodnie oceniony w dotychczasowych badaniach jest zabieg *Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy* (MIVAT wg Miccoliego). Pozostałe techniki są słabo rozpowszechnione, bardziej inwazyjne (np. z użyciem „roboty chirurgicznego”) bądź mogą się wiązać z większym odsetkiem powikłań.

Wnioski: Minimalnie inwazyjna chirurgia ZRT (np. MIVAT) jest bezpieczna i skuteczna w rękach doświadczanego chirurga, pod warunkiem przestrzegania algorytmu właściwej kwalifikacji chorych do zabiegu. Jednak zabiegi wykonywane z użyciem „roboty chirurgicznego” z dostępów odległych od tarczycy są na razie w fazie uczenia i na chwilę obecną brak jest danych potwierdzających ich bezpieczeństwo i skuteczność onkologiczną.

Słowa kluczowe: zróżnicowany rak tarczycy, małoinwazyjna chirurgia tarczycy, MIVAT, chirurgia robotowa.

W-00029

RAK RDZENIASTY TARCZYCY – ZASADY LECZENIA CHIRURGICZNEGO I POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

Jacek Dadan, Piotr Myśliwiec

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UMB

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak rdzeniasty tarczycy (MTC) jest guzem neuroendokrynnym wywodzącym się z przypecherzykowych komórek C gruczołu tarczowego, które produkują kalcytoninę. Stanowi 4% raków tarczycy i w 80% przypadków jest guzem występującym sporadycznie, a w pozostałych ma związek z zespołami gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej.

Cel: Przedstawienie charakterystyki schorzenia z uwzględnieniem etiopatogenezy, obrazu klinicznego, badań diagnostycznych, oceny stanu zaawansowania oraz możliwości terapeutycznych, ze szczególną charakterystyką leczenia chirurgicznego oraz postępowania pooperacyjnego.

Materiał i metody: Przegląd danych literaturowych i aktualnego piśmiennictwa.

Wyniki: Postępowaniem z wyboru w MTC jest całkowita tyreoidektomia wraz z wycięciem centralnych węzłów chłonnych szyi. W leczeniu pooperacyjnym należy stosować substytucję tyroksyny, a terapia jodem radioaktywnym nie ma uzasadnienia. Radioterapia szyi i górnego śródpiersia jest zalecana jedynie u chorych z inwazją MTC poza tarczycę oraz rozległym zajęciem węzłów chłonnych, jeśli leczenie chirurgiczne nie było radykalne. U chorych z przerzutami > 2 cm, rosnącymi > 20% w ciągu roku lub dającymi objawy, jeśli nie jest możliwe leczenie chirurgiczne lub radioterapia, można wdrożyć leczenie systemowe (chemioterapia) w ramach prób klinicznych lub raczej rozważyć podanie inhibitora kinazy tyrozynowej niż cytotoksycznej chemioterapii (stopień 2C). Powrót kalcytoniny do wartości prawidłowych świadczy o radykalności operacji. Prawdopodobieństwo rozwoju raka u nosicieli mutacji RET wynosi 95% i brak jest skutecznego leczenia zachowawczego.

Wnioski:

1. MTC ma stosunkowo dobre rokowanie, jeżeli jest wykryty odpowiednio wcześniej i radykalnie leczony operacyjnie.
2. W każdym przypadku MTC konieczne jest badanie DNA pod kątem mutacji RET.
3. Istnieje konieczność badań DNA u członków rodziny chorego z wykrytą mutacją.
4. Profilaktyczna tyreoidektomia jest wskazana u bezobjawowych nosicieli RET.
5. MTC może wchodzić w skład zespołów MEN-2a i 2b, co wskazuje na potrzebę wykluczenia guza chromochłonnego przed planowaną tyreoidektomią.

Słowa kluczowe: rak rdzeniasty tarczycy, leczenie chirurgiczne, mutacja RET.

W-00107

NEUROMONITORING NERWÓW KRTANIOWYCH WSTECZNYCH – GDZIE JESTEŚMY I DOKĄD ZMIERZAMY

Marek Dedecjus

Klinika Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
Klinika Chirurgii Ogólnej i Hematologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Na początku lat sześćdziesiątych zaproponowano wdrożenie narzędzi służących do śródoperacyjnej identyfikacji NKW – nazwanych śródoperacyjnym elektrofizjologicznym neuromonitoringiem (IONM). Od tego czasu obserwowany jest stały postęp i dynamiczna ewolucja techniki IONM prowadząca od elektrod igłowych do zaawansowanych elektrod

W

kontaktowych, od prostego, dźwiękowego potwierdzenia skutecznej stymulacji do zaawansowanej komputerowej analizy wzoru sygnału elektrycznego w czasie rzeczywistym, od przerywanej odcinkowej stymulacji NKW do ciągłej stymulacji nerwu błędnego (NX).

Postęp technologiczny w zakresie IONM spowodował zmiany w filozofii korzystania z samej techniki oraz technik towarzyszących (laryngoskopia). Powstały zalecenia dotyczące stosowania IONM i grupy badawcze (w tym Polska Grupa Badawcza ds. Neuromonitoringu) ukierunkowane na wieloośrodkowe badania nad techniką IONM. IONM na obecnym etapie jest idealnym narzędziem do wczesnego, śródoperacyjnego rozpoznania dysfunkcji NKW, pozwalającym w znacznym odsetku przypadków zlokalizować uszkodzenie. W połączeniu z etapową operacją tarczycy IONM umożliwia wyeliminowanie najpoważniejszego swoistego powikłania w chirurgii gruczołu tarczowego, jakim jest obustronne porażenie fałdów głosowych.

Wiele przesłanek wskazuje, że użytkownicy IONM oczekują, że stanie się on narzędziem mogącym zapobiegać dysfunkcji NKW, przy jednocześnie minimalnej ingerencji (czasowej, technicznej i finansowej) w przebieg operacji. Szczególnie obiecująca jest technika ciągłej stymulacji nerwu błędnego (CIONM). CIONM wydaje się być optymalnym narzędziem do rutynowego IONM, w każdym przypadku operacji tarczycy, pod warunkiem takiej lokalizacji elektrod stymulujących, która zapewni wysoką jakość i stabilność sygnału elektrycznego przy względnie prostej ich aplikacji. Wydaje się, że zastosowanie CIONM w formie przezskórnej (lub przezczaszkowej), przy założeniu, że uzyskamy stabilny sygnał, byłoby optymalnym rozwiązaniem, ze względu na możliwość monitorowania funkcji osi NX-NKW-fałdy głosowe przez cały czas trwania operacji. Dotychczasowe doświadczenia, tempo rozwoju i równoległe toczący się postęp technologiczny dają nadzieję na relatywnie szybkie uzyskanie oczekiwanych założeń.

Słowa kluczowe: neuromonitoring, operacja tarczycy.

W-00113

CHIRURGICZNE LECZENIE NADCZYNNOŚCI PRYTARCZYC

Ireneusz Nawrot, Witold Chudziński, Jacek Szmidt

Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Nadczynność przytarczyc jest jedną z najczęstszych przyczyn wywołujących hiperkalcemię. Nadczynność przytarczyc dzielimy na: pierwotną (PNP), wtórną (WNP) i trzeciorzędową (TNP). Zastosowanie takiego podziału z patomorfologicznego i patofizjologicznego punktu widzenia determinuje sposób leczenia chirurgicznego.

Cel: Celem prezentacji jest przedstawienie współczesnych zasad leczenia chirurgicznego różnych postaci nadczynności przytarczyc.

Materiał i metody: Taktyka chirurgicznego leczenia jest uzależniona od rodzaju patologii przytarczyc, badań lokalizacyjnych i możliwości zastosowania śródoperacyjnych technik. W PNP w przypadku gruczolaka – wycięcie przytarczycy (eksploracja jednostronna), operacja minimalnie inwazyjna, wideoskopia, sonda scyntylicyjna, usunięcie gruczolaka, oznaczenie iPTH, w pierwotnym rozroście – subtotalna resekcja, całkowite wycięcie + autotransplantacja, w zespole wielogruzołowym MEN I – całkowite wycięcie + autotransplantacja + tymektomia!, natomiast w raku – wycięcie guza w bloku z płatem tarczycy + cieśń + węzły chłonne. W WNP leczenie polega na: subtotalnej resekcji przytarczyc (3 i 2/3 gruczołu), całkowitym wycięciu z autotransplantacją m. Wella, przeszczepie nerki. W TNP leczenie polega na: subtotalnej resekcji przytarczyc – sPTx, totalnej resekcji przytarczyc z jednoczasową autotransplantacją – tPTx + AT. U 30% chorych zakres zabiegu może być ograniczony tylko do makroskopowo powiększonych przytarczyc.

Wyniki: W przypadku PNP i TNP skuteczność zabiegów wynosi 90–95%. 30–80% chorych wymagających reoperacji z powodu PNP ma zmiany mnogie. W MEN I 30–50% chorych wymaga reoperacji. Śmiertelność okołoperacyjna 0–2%. W przypadku WNP skuteczność przeprowadzonego zabiegu determinuje ustąpienie bólów kostno-stawowych i świądu, które ulegają wyraźnemu zmniejszeniu już kilka godzin po skutecznie przeprowadzonej operacji u ok. 80–95% chorych. W okresie późniejszym dochodzi do zmniejszenia lub ustąpienia zwapnień przerzutowych i objawów kalcyfilaksji.

Wnioski: Leczenie chirurgiczne nadczynności przytarczyc ze względu na dużą różnorodność ich postaci, konieczność stosowania współczesnych technik śródoperacyjnych powinno odbywać się w ośrodkach referencyjnych dysponujących przede wszystkim wyszkolonym zespołem chirurgów.

Słowa kluczowe: nadczynność przytarczyc, leczenie chirurgiczne.

VIII Międzynarodowe Sympozjum „Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby” pod patronatem Komitetu Nauk Klinicznych PAN

W-00102

INTRODUCTION: INTERNATIONAL SYMPOSIUM “PROGRESS IN LIVER SURGERY & TRANSPLANTATION”

Krzysztof Zieniewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Międzynarodowe Sympozjum „Postępy w Chirurgii i Transplantacji Wątroby” (*Progress in Liver Surgery and Transplantation*) ma wieloletnią tradycję – jest organizowane przez Klinikę Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM od 1998 r.

Cel: Ambicją organizatorów jest zapewnienie udziału wybitnych specjalistów z wiodących ośrodków hepatologicznych i transplantologicznych w Europie i świecie. Gościliśmy tak uznane autorytety w dziedzinie chirurgii i transplantacji wątroby, jak H. Bismuth, R. Busuttil, J. Belghiti, P.-A. Clavien, D. Jaeck, O. Farges, K. Boudjema, N. Heaton, N. Habib, J. Kupiec-Węgliński, M. Slooff, P. Neuhaus, M. Makuuchi, J. Emond, J. Lerut, E. Moreno-Gonzalez. Patronat naukowy objęły *European Society for Organ Transplantation, European Liver and Intestinal Transplantation Association, European Association of Endoscopic Surgery, Polskie Towarzystwo Transplantacyjne i Towarzystwo Chirurgów Polskich.*

Materiał i metody: W tym roku VIII Sympozjum będzie miało szczególny charakter – stanowić będzie jedną z sesji 66. Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich, pod patronatem naukowym Komitetu Nauk Klinicznych PAN. Wiodącym tematem Sympozjum jest problematyka bliska chirurgom ogólnym: współczesne możliwości leczenia interdyscyplinarnego chorych z przerzutami nowotworowymi do wątroby. Ostatnio taktyka postępowania z tą grupą pacjentów oddziałów chirurgicznych zmieniła się i wyniki leczenia znacząco się poprawiły.

Wyniki: Zaproszenie do wygłoszenia wykładów przyjęli profesorowie: Jean-Nicolas Vauthey – jeden z najwybitniejszych ekspertów chirurgii onkologicznej z M.D. Anderson Cancer Centre w Houston (USA), oraz światowej sławy chirurg i onkolog ze Szpitala Paul Brousse w Villejuif pod Paryżem – Rene Adam. Profesorowie Pierre-Alain Clavien i Henrik Petrovsky z Uniwersyteckiej Kliniki w Zurichu podzielił się doświadczeniami w zastosowaniu ostatnio wprowadzonej szczególnej techniki chirurgicznej ALPPS (*Associating Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy*) u chorych z wyjściowo nieresekcyjnymi przerzutami nowotworowymi do wątroby.

Wnioski: Uczestników Sympozjum czeka więc prawdziwa uczta naukowa i kliniczna – przedstawiane problemy są rzeczywiście miarą niezwykle dynamicznego postępu w chirurgii i transplantacji wątroby.

Słowa kluczowe: postępy w chirurgii i transplantacji wątroby.

Wykład specjalny

W-00077

60 LAT CHIRURGII DOŚWIADCZALNEJ W POLSCE

Waldemar L. Olszewski

Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN

STRESZCZENIE

Wstęp: Podstawowym odkryciem w patofizjologii jest zaobserwowanie i zbadanie mechanizmu u człowieka powrotu płynu międzykomórkowego do krążenia krwi przez rytmicznie kurczące się naczynia limfatyczne, odprowadzające 2000 ml tego płynu na dobę z tkanek do ogólnego krążenia (Am J Physiology, 1980). Żyjemy dzięki układowi limfatycznemu,



którego funkcję nazywa się obecnie „trzecim krążeniem”. Stworzyliśmy podstawy do powstania i rozwoju na świecie chirurgii układu limfatycznego. Podstawowe osiągnięcia:

1. Żywnienie pozajelitowe (od lat 1960, wiodące w Europie).
2. Zasady gospodarki wodno-elektrolitowej wykazujące, iż wyrównanie objętości jest priorytetem przed składem przetaczanego płynu (przyjęte w latach 1970 w USA).
3. Operacje na sercu w hipotermii z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego (własna konstrukcja urządzenia perfuzyjnego w latach 1950).
4. Mikrochirurgia naczyniowa z opracowaniem ergometrii (instruktarz dla International Society of Microsurgery).
5. Operacje u hemofilików.
6. Implantacja tętniczych protez teflonowych (z Gore w latach 1970).
7. polskich tworzyw w przepuklinach (w latach 1970).
8. allogenicznych zastawek serca i tętnic kończyn (w latach 1960).
9. Przeszczepy tchawicy (w latach 1970).
10. Replantacja ręki (1971).
11. Chirurgia plastyczna, a w szczególności unaczynione płaty (znane w świecie).
12. Przeszczepienie nerki (1966, gdy w Europie przeszczepiono jedynie u kilkudziesięciu chorych).
13. Perfuzyjna konserwacja nerki (z wynikami pomyślniejszymi niż w stastykach zagranicznych).
14. Pozaustrojowa perfuzja wątroby u chorych w śpiączce (równoległe z Denver i Cambridge, 1970). Pierwsze w świecie zbadanie mechanizmu nadostrego odrzucania ksenoprzeszczepów u człowieka.
15. Przygotowanie pierwszego przeszczepienia wątroby u człowieka we współpracy z prof. F.D. Moorem z Bostonu (1970) (zatrzymanego przez Min. Zdrowia w przeddzień zabiegu).
16. Prace nad perfuzją absorbentów i hepatocytów w śpiączce wątrobowej (lata 1980).
17. Pierwszy przeszczep serca (1978?).
18. Prace nad sztuczną komorą serca (od lat 1970).
19. Operacje połączeń limfatyczno-żylnych (od 1966, wykonano > 100 000 na świecie).

Słowa kluczowe: chirurgia.

Przepukliny brzuszne pierwotne i pooperacyjne – dostęp operacyjny i wskazania do leczenia operacyjnego

W-00084

PRZEPUKLINA BRZUSZNA – POZORNIE ŁATWA OPERACJA

Stanisław Dąbrowiecki

Zakład Dietetyki i Żywnienia CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Zaopatrzenie przepukliny brzusznej jest pozornie łatwym zagadnieniem. W praktyce częste są niepowodzenia lecznicze, narażające chorych na wielokrotne reoperacje.

Cel: Omówienie metod przygotowania i leczenia chorych z przepuklinami brzuszными.

Materiał i metody: Przegląd piśmiennictwa i podsumowanie doświadczenia własnego.

Wyniki: Chirurgia przepuklin, tak jak każda inna dziedzina chirurgii, obarczona jest ryzykiem niepowodzenia. Przepukliny pooperacyjne występują u osób z zaburzeniami gojenia tkanek. Przyczyną może być okresowe pogorszenie stanu pacjenta wywołane ciężką chorobą lub też przewlekły stan chorobowy. Pomijając ewidentne błędy techniczne chirurga – w innych niż wymienione przypadkach, gojenie powłoki jest zwykle prawidłowe, co więcej, organizm „toleruje” do pewnego stopnia błędy chirurga. Przy rekonstrukcji przepukliny należy ocenić, czy sytuacja, która doprowadziła do jej powstania, została usunięta. Powikłania typowe dla chirurgii przepuklin brzusznych mogą być wczesne, polegające na zaburzeniach w gojeniu ran lub też zmianach ogólnoustrojowych, wynikających choćby z ciasnoty śródbrzuszej (zwykle w formie różnego stopnia niewydolności oddechowej – od niedodmy do ciężkiej niewydolności, wymagającej w 2.–3. dobie pooperacyjnej intubacji i respiratora). Zaburzenia gojenia to zwykle odczyn zapalny, surowiczkaki, ropienie ran, powierzchowne lub głębokie zakażenia miejsca operowanego z włączeniem w proces implan-

tatu. Odległe powikłania to najczęściej nawrót przepukliny, a przy zakażeniu implantatu – przetoka ropna. Rzadkie są skargi na ból w miejscu wszczepienia siatki czy usztywnienie powłoki utrudniające. Zwykle zabiegi te są planowe i nie ma przeszkód w odsunięciu ich o kilka, a nawet kilkanaście miesięcy. Zwraca się uwagę na redukcję nadwagi. Duże znaczenie ma przedoperacyjne usprawnienie ruchowe chorego; musi być poprawiona ogólna kondycja chorego i funkcja mięśni oddechowych.

Wnioski: Postępowanie zapobiegające powikłaniom w chirurgii przepuklin brzusznych polega na dokładnej ocenie stanu pacjenta zakwalifikowanego do zabiegu. Wymagana jest możliwie kompletna korekcja schorzeń towarzyszących oraz odpowiednie przygotowanie chorego.

Słowa kluczowe: przepuklina, przepuklina brzuszna, powikłania pooperacyjne, kwalifikacja chorego.

Skojarzone leczenie chorych na raka żołądka

W-00048

„POLSKI KONSENSUS”, CZYLI AKTUALNE ZALECENIA POLSKIEJ GRUPY BADAŃ NAD RAKIEM ŻOŁĄDKA (PGCSG)

Jan Kulig

I Katedra Chirurgii UJCM w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Od roku 1986 kontynuowany jest projekt pt. „Polskie Badania nad Rakiem Żołądka”.

Cel: Głównym celem tego projektu jest poprawa wyników leczenia chorych na raka żołądka poprzez opracowanie i propagowanie optymalnych metod rozpoznawania i leczenia zarówno chirurgicznego, jak i skojarzonego.

Materiał i metody: Aktualna publikacja Konsensusu powstała w szczególnie ważnym czasie. Po pierwsze, w latach 2010–2011 przyjęto powszechnie nowe klasyfikacje stopnia zaawansowania raka żołądka i co ważniejsze – po raz pierwszy klasyfikacje „japońskie” i „zachodnie” są bardzo zbliżone do siebie. Po drugie, nowa klasyfikacja japońskich towarzystw naukowych dotycząca definicji topografii i zakresu wycięcia węzłów chłonnych została znacznie uproszczona i jest „przyjazna” dla środowiska chirurgów na całym świecie. Po trzecie, w oparciu o wyniki EBM osiągnięto porozumienie w trwającej od ponad 30 lat dyskusji dotyczącej postępowania chirurgicznego (zakres resekcji, zakres wycięcia węzłów chłonnych, splenektomia) oraz leczenia skojarzonego (chemioterapia okołoperacyjna, chemioradioterapia, chemioterapia adiuwantowa). Po czwarte, w obecnej wersji Konsensusu uwzględniono rolę leczenia endoskopowego wczesnego raka żołądka oraz rolę metod małoinwazyjnych (laparoscopia i robotyka). Obie metody stają się ważnym elementem w leczeniu chorych na raka żołądka.

Wyniki: Podsumowując – aktualna wersja Konsensusu jest zarówno analizą, jak i syntezą współczesnej wiedzy na temat leczenia raka żołądka z uwzględnieniem zarówno doniesień literatury światowej, jak i własnych doświadczeń ośrodków biorących czynny udział w projekcie „Polskie Badania nad Rakiem Żołądka”. Tekst publikacji został opracowany przez autorów w oparciu o podstawowe zasady tworzenia konsensusu. W czasie IX Sympozjum „Choroby przełyku i żołądka” w Lublinie 6–7 grudnia 2012 r. odbyła się plenarna sesja panelowa z udziałem autorów. W czasie sesji wszyscy autorzy przedstawili publicznie założenia Konsensusu do dalszej dyskusji. Ponadto wspomniana sesja była poprzedzona zarówno dyskusją w formie korespondencji, jak i spotkaniem roboczym w celu ujednoczenia stanowiska.

Wnioski: Aktualizacja konsensusu przyczyni się do poprawy wyników leczenia raka żołądka w Polsce.

Słowa kluczowe: chirurgia onkologiczna, chemioterapia, rak żołądka, klasyfikacje, zalecenia.

W-00108

MIEJSCE HIPERtermicznej CHEMIOTERAPII WEWNĄTRZOTRZEWNEJ (HIPEC) W LECZENIU ZAawansowanego RAKA ŻoŁĄDKA

Piotr Richter

III Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM

STRESZCZENIE

Wstęp: Prognoza w przypadku rozsiewu wewnątrztrzewnowego raka żołądka pozostaje bardzo zła, z przeżyciami wynoszącymi zwykle kilka miesięcy od momentu rozpoznania. Klasyczne leczenie systemowe (chemioterapia) pomimo ciągłego rozwoju nie jest w stanie zapewnić zadowalających wyników odległych i jego rola w związku z tym jest ograniczona. Zastosowanie agresywnej chirurgii w wybranej grupie chorych z jednoczesowym zastosowaniem chemioterapii podawanej bezpośrednio do jamy otrzewnej pozwala na znaczne wydłużenie czasu przeżycia i poprawę jakości życia przy akceptowalnym ryzyku okołoperacyjnym.

Celem pracy była ocena roli zabiegów cytoredukcyjnych połączonych z hipertermiczną chemioterapią wewnątrztrzewnową (HIPEC) w leczeniu zaawansowanego raka żołądka.

Materiał i metody: Przeszukano bazy PubMed, Medline, ScienceDirect oraz Springer w poszukiwaniu prac dotyczących wyznaczonego celu opracowania. Wyżej wymienione bazy były przeszukiwane, korzystając z haseł: „HIPEC in gastric cancer”, „treatment of advanced gastric cancer”, „peritoneal spread in gastric cancer”.

Wyniki: Znaleziono 82 prace poddano szczegółowej analizie, włączając do ostatecznego przeglądu 12. W pracy przedstawiono szczegółowo kryteria selekcji pacjentów, wyniki opublikowanych w literaturze badań oraz aktualne problemy. We wszystkich pracach łącznie przeanalizowano 523 pacjentów (śr. wieku 56,4 roku). Średnie przeżycie pacjentów bez interwencji wynosiło śr. 8 miesięcy. U pacjentów, u których wykonano zabieg cytoredukcyjny połączony z hipertermiczną chemioterapią wewnątrztrzewnową (CCR 0/1), średni czas przeżycia wyniósł dwukrotnie więcej (15 miesięcy). 5-letnie przeżycia były na poziomie 15%. Śmiertelność okołoperacyjna wyniosła 4,5%, a powikłania wystąpiły u 20,3% (7–55,6%) pacjentów.

Wnioski: Zabiegi cytoredukcyjne połączone z hipertermiczną chemioterapią wewnątrztrzewnową są metodą leczenia pozwalającą wydłużyć przeżycie w wyselekcjonowanej grupie pacjentów przy akceptowalnej liczbie śmiertelności oraz powikłań okołoperacyjnych. Konieczne są jednak dalsze badania na większej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: zaawansowany rak żołądka, HIPEC

Profilaktyka i leczenie żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej – od teorii do praktyki

W-00087

PROFILAKTYKA ŻYLNIEJ CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWEJ U CHORYCH ONKOLOGICZNYCH

Zbigniew Krasieński

Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń, UM w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Opisany przez A. Troussou prawie 150 lat temu związek między występowaniem raka przewodu pokarmowego a żylną chorobą zatorowo-zakrzepową (ŻChZZ) okazał się prawdziwy także w przypadku innych nowotworów, spośród których raki mózgu, jajnika, trzustki, okrężnicy oraz płuc należą do tych, które w największym odsetku zagrożone są powikłaniami zakrzepowymi.

Zależność między rakiem a zakrzepicą żył głębokich (ZŻG) ma charakter złożony. U chorych z ŻChZZ często wykrywane są nowotwory, z drugiej zaś strony zakrzepica występuje częściej u pacjentów z chorobą nowotworową (ChN). Wystąpienie ZŻG u chorych z rozpoznany nowotworem złośliwym znacznie pogarsza rokowanie i skraca czas życia. Uważa się, że zaburzenia hemostazy (tj. zakrzepica i krwawienia) zajmują drugie miejsce wśród przyczyn zgonów chorych z nowotworami złośliwymi.

Powikłania zakrzepowo-zatorowe spotyka się u 10–50% wszystkich pacjentów z rakiem, a ich częstość wzrasta istotnie wraz z postępem zaawansowania nowotworu. Patogeneza zakrzepicy w przebiegu choroby

nowotworowej związana jest głównie z bezpośrednią aktywacją układu krzepnięcia przez komórki nowotworowe (czynnik tkankowy – TF i *cancer procoagulant*), a także interakcją między komórkami guza, monocytami/makrofagami, płytkami i komórkami śródbłonna. Czynnik tkankowy uaktywnia szlak zewnątrzprzewodny kaskady krzepnięcia.

Można założyć, że ten proces ma miejsce już w momencie rozpoznania ChN, a wraz z powiększaniem masy nowotworu mogą mieć miejsce inne czynniki sprzyjające zakrzepicy żyłnej, takie jak: ucisk guza na żyły, odwodnienie i spadek przepływu krwi związany z unieruchomieniem chorego. Dodatkowo ryzyko w tej grupie chorych wzrasta w momencie włączenia leczenia przeciwnowotworowego, takiego jak zabieg operacyjny, chemo- i radioterapia.

Wnioski: Stanowiska *American College of Chest Physician (ACCP)* oraz *American Society of Clinical Oncology (ASCO)* są zbieżne w swoich rekomendacjach dotyczących profilaktyki przeciwzakrzepowej w grupie chorych z ChN. Pewnego rodzaju novum wprowadza *International Society on Thrombosis and Haemostasis* w przypadku raka płuc i trzustki.

Słowa kluczowe: żylna choroba zatorowo-zakrzepowa, choroba nowotworowa, profilaktyka przeciwzakrzepowa.

W-00122

IMPLANTACJA FILTRA DO ŻYŁY GŁÓWNEJ DOLNEJ – ZA I PRZECIW

Witold Z. Tomkowski

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
Polska Fundacja do Walki z Zakrzepicą THROMBOSIS

STRESZCZENIE

Zasada działania filtra polega na zatrzymaniu w obrębie żyły głównej dolnej (ŻGD) podążającej – najczęściej z układu żył głębokich kończyn dolnych – do tętnicy płucnej skrzepliny, mogącej wywołać groźne dla życia pacjenta następstwa, z nagłym zatrzymaniem krążenia i oddychania lub nagłym zgonem łącznie. Filtry stanowią zatem system chroniący krążenie płucne przed docierającymi do niego skrzeplinami, których źródło znajduje się w układzie żył głębokich kończyn dolnych lub górnych.

Wskazani do implantacji filtra do żyły głównej dolnej jest kilka [1, 2]. W każdym przypadku, w którym decydujemy się na ten zabieg, musi być spełniony jeden z wymienionych poniżej warunków: podjęcie lub kontynuowanie terapii przyczynowej zatoru tętnicy płucnej jest niemożliwe ze względu na istniejące przeciwwskazania lub powikłania leczenia; prowadzone zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami leczenie zatorowości płucnej jest nieskuteczne, co objawia się nawrotami ZTP; chory przeżył zabieg embolektomii płucnej lub planowane jest wykonanie trombandarteriektomii czy embolektomii.

Przedstawione powyżej wskazania są akceptowane przez większość autorów zajmujących się żylną chorobą zakrzepowo-zatorową. W wielu przypadkach można rozważyć szczególne wskazania wynikające z potencjalnego zagrożenia zatorą płucnym (dotyczy to szczególnie filarów usuwalnych – „retrievable”). Ma to miejsce między innymi w profilaktycznej osłonie krążenia płucnego u chorych, u których planowane są rozległe zabiegi onkologiczne z grupy bardzo wysokiego ryzyka rozwoju powikłań zakrzepowo-zatorowych. U chorych, u których zagrożenie nawrotu zatoru tętnicy płucnej jest bardzo duże, a w badaniach dodatkowych jednoznacznie potwierdzono obecność masywnych skrzeplin w tętnicy płucnej i dużych naczyniach żylnych, należy również rozważyć celowość implantacji filtra.

Piśmiennictwo:

1. Stefanidis D, Paton BL, Jacobs DG i wsp. Extended interval for retrieval of vena cava filters is safe and may maximize protection against pulmonary embolism. *Am J Surg* 2006; 192: 789-794.
2. Hajduk B, Tomkowski WZ, Malek G, Davidson BL. Vena cava filter occlusion and venous thromboembolism risk in persistently anticoagulated patients: a prospective, observational cohort study. *Chest* 2010; 137: 877-882.

Mazowieckie Dni Chirurgiczne

W-00026

KLASYCZNA HEMOROIDEKTOMIA I JEJ POWIKŁANIA

Małgorzata Kołodziejczak

Oddział Chirurgii z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu

STRESZCZENIE

Wstęp: Operacje chirurgiczne hemoroidów obejmują metody „fiksujące” guzek krwawniczy do podłoża, bez usunięcia tkanki hemoroidalnej (np. operacja staplerowa sp. Longo), oraz metody klasyczne polegające na wycięciu guzków krwawniczych po podwiązaniu tętnicy hemoroidalnej. Do metod klasycznej hemoroidektomii należą: hemoroidektomia otwarta sposobem Milligana-Morgana i jej modyfikacje, hemoroidektomia zamknięta sposobem Fergussona i jej modyfikacje, hemoroidektomia sp. Sokola, podśluzówkowe wycięcie hemoroidów sp. Parksa, techniki amputacyjne (operacja Whiteheada), modyfikacje powyższych operacji oraz techniki łączone. Hemoroidektomia, podobnie jak inne operacje, obarczona jest ryzykiem powikłań pooperacyjnych. Powikłania wczesne po hemoroidektomii to: ból, krwawienie, infekcja (wtórnie do infekcji może powstać ropień, przetoka), przemijające lub stałe nietrzymanie gazów i stolca, zaparcie, zatrzymanie moczu, zakrzepica żył brzożnych odbytu. Do późnych powikłań pooperacyjnych zalicza się czuciowe bądź ruchowe nietrzymanie gazów i stolca, krwawienie, deformację kanału odbytu, zwężenie kanału odbytu. Po hemoroidektomii mogą również wystąpić powikłania niezwiązane z samą operacją, a np. ze znieczuleniem czy też z innymi chorobami pacjenta, np. z chorobą wieńcową czy cukrzycą.

Cel: W wykładzie omówione zostaną powikłania w odniesieniu do poszczególnych klasycznych metod operacyjnych.

Materiał i metody: Analiza powikłań w odniesieniu do poszczególnych klasycznych metod operacyjnych na podstawie dostępnego piśmiennictwa.

Wyniki: Skuteczność i odsetek powikłań po operacji wycięcia hemoroidów metodą Milligana-Morgana i Fergussona jest podobna.

Wnioski: Pomimo wprowadzenia nowych technik operacyjnych w leczeniu choroby hemoroidalnej, większość autorów za złoty standard w leczeniu choroby hemoroidalnej w III i IV stopniu uważa klasyczną hemoroidektomię. Chociaż zaletą technik staplerowych jest mały ból po operacji, niemniej duży odsetek powikłań oraz nawrotowość ograniczają zastosowanie tych metod do wybranych przypadków.

Słowa kluczowe: hemoroidy, operacja Milligana-Morgana, operacja Fergussona, operacja Whiteheada.

W-00068

CO NOWEGO W LECZENIU SZCZELINY ODBYTU

Agnieszka Kucharczyk

Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Szczelina odbytu, czyli pęknięcie anodermy, jest najczęściej skutkiem urazu mechanicznego spowodowanego przez twarde masy kałowe, chociaż czynnikiem sprawczym mogą być także biegunki, stany zapalne i blizny w kanale odbytu czy wprowadzenie ciała obcego. Potwierdzone w badaniach dopplerowskich zaburzenia przepływu w tkankach wokół szczeliny oraz nieprawidłowe mechanizmy skurczu i relaksacji mięśnia zwieracza wewnętrznego utrudniają proces gojenia.

Cel: Przedstawienie nowych propozycji leczenia szczelin odbytu, wykorzystywanych zarówno w terapii zachowawczej, jak i operacyjnej.

Materiał i metody: Wstępne leczenie szczelin odbytu jest leczeniem zachowawczym. Obok stosowanych powszechnie terapii – ciepłych nasiadówek z łagodnymi substancjami przeciwzapalnymi, maści z nitrogliceryną lub blokerami kanałów wapniowych oraz leków wspomagających gojenie w kanale odbytu – pojawiają się doniesienia o stosowaniu nowych leków w celu poprawy wyników leczenia. Farmakologiczną sfinkterotomię uzyskiwano, stosując m.in. betanechol – agonistę receptorów muskarynowych, sildenafil – inhibitor fosfodiesterazy typu 5, o łagodnym działaniu rozkurczającym na mięśnie gładkie naczyń krwionośnych, a także kaptopryl – inhibitor konwertazy angiotensyny. 7% maść z sukralfatu, soli

glinowej siarczanu sacharozy stosowano w gojeniu kanału odbytu. Alternatywą dla ostrzykiwania szczeliny odbytu botoksem może być stosowanie gonyautoksyny, o działaniu polegającym na odwracalnym wiązaniu z napięciowo zależnymi kanałami sodowymi. W leczeniu operacyjnym złotym standardem pozostaje boczna sfinkterotomia. Modyfikacje techniki operacyjnej mają zmniejszyć ryzyko powikłań, szczególnie inkontynencji, przy zachowaniu wysokiego odsetka wyleczeń i ograniczeniu nawrotowości. Do takich operacji należą segmentalna boczna sfinkterotomia wewnętrzna, dwustronna boczna sfinkterotomia wewnętrzna oraz wycięcie szczeliny z plastyką płatem śluzówkowym i iniekcją toksyny botulinowej stosowana u pacjentów z podwyższonym ciśnieniem w kanale odbytu.

Wnioski: Stosowanie nowych propozycji leczenia wymaga zachowania należytej ostrożności i rozważa, ponieważ ich rzeczywistą skuteczność oraz ewentualne powikłania można będzie ocenić dopiero po kilkuletniej obserwacji.

Słowa kluczowe: szczelina odbytu, sfinkterotomia farmakologiczna, sfinkterotomia.

W-00033

URAZ ZWIERACZY – ALGORYTM POSTĘPOWANIA CHIRURGICZNEGO

Małgorzata Kołodziejczak

Oddział Chirurgii z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu

STRESZCZENIE

Wstęp: Pacjent z ostrym urazem zwieraczy trafia przeważnie na ostry dyżur chirurgiczny do szpitala niesprofilowanego w kierunku koloproktologii i niedysponującego wysokospecjalistyczną diagnostyką proktologiczną. Większość badań epidemiologicznych wykazuje, że najczęstszą przyczyną uszkodzeń zwieraczy jest poród, jednakże chirurg na ostrym dyżurze przeważnie ma do czynienia z uszkodzeniem zwieraczy powypadkowym lub seksualnym (ciało obce, gwałt).

Cel: Celem wykładu jest przedstawienie algorytmu postępowania chirurgicznego w przypadku ostrego urazu zwieraczy.

Materiał i metody: Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne składa się z: wywiadu przeprowadzonego w warunkach intymności, przedmiotowego ogólnego badania pacjenta (należy dążyć do szybkiej oceny rozległości urazu), dokładnego badania proktologicznego (w razie potrzeby wykonanego w znieczuleniu) oraz badań dodatkowych: biochemicznych krwi, badania ogólnego moczu, zdjęcia rentgenowskiego jamy brzusznej w pozycji stojącej oraz USG jamy brzusznej. Przy podejrzeniu ciała obcego w odbytnicy badanie radiologiczne powinno się wykonać przed badaniem *per rectum*. W razie możliwości należy wykonać ultrasonograficzne badanie transrektalne.

Wyniki: Leczenie: W przypadku izolowanego uszkodzenia zwieraczy i dobrego stanu ogólnego pacjenta należy podjąć próbę doraźnej rekonstrukcji mięśni zwieraczy. Przy podejrzeniu uszkodzenia innych narządów prawie zawsze należy wykonać laparotomię zwiadowczą. Pacjenci z urazem zwieraczy połączonym z urazem innych narządów przeważnie wymagają założenia stomii. Na decyzję o założeniu stomii ma wpływ kilka czynników, m.in.: stan ogólny pacjenta, czas, który upłynął od momentu urazu, stopień wypełnienia odbytnicy stolcem oraz rozległość uszkodzenia. Od operacji rekonstrukcyjnych zwieraczy odstępuje się w przypadkach ciężkiego stanu pacjenta.

Wnioski: W sytuacjach wątpliwych oraz przy braku doświadczenia w zaopatrywaniu uszkodzeń zwieraczy należy wyprowadzić czasową stomię, a następnie skierować pacjenta do koloproktologicznego ośrodka referencyjnego.

Słowa kluczowe: uraz zwieraczy, rekonstrukcja zwieraczy, stomia.

W-00044

METODY OPERACJI I LECZENIA CYSTY WŁOSOWEJ

**Przemysław Ciesielski, Krzysztof Górnicki,
Maja Gorajska, Paweł Dutkiewicz, Paweł Siekiński,
Sylwia Mossakowska**

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy w Wołominie

STRESZCZENIE

Wstęp: Cysta włosowa jest chorobą głównie ludzi młodych w wieku 20–30 lat. Najczęściej występuje u mężczyzn silnie owłosionych oraz o ciemnej karnacji. Jedynym skutecznym sposobem leczenia jest operacja. Istnieje wiele metod operacyjnych, które można podzielić na dwie zasadnicze grupy: metody klasyczne (wycięcie z gojeniem „na otwarto” lub zeszytciem rany w linii pośrodkowej) oraz metody zaawansowane (wycięcie z uzupełnieniem ubytku przesuniętym płatem skórny lub plastyką skóry poza linią pośrodkową). Wymienione metody różnią się częstością występowania nawrotów, powikłań oraz czasem potrzebnym do wygojenia ran.

Cel: Analiza wyników leczenia cysty włosowej na podstawie aktualnego piśmiennictwa polskiego i zagranicznego.

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki przedstawione przez autorów publikacji z zakresu leczenia zabiegowego cysty włosowej, które ukazały się w Polsce i za granicą w ciągu ostatnich 5 lat. Ocena prac obejmowała wyniki leczenia metodami klasycznymi (tj. wycięcia z gojeniem „na otwarto” oraz z zaszytciem rany w linii pośrodkowej) oraz metodami zaawansowanymi (sp. Suchorskiego, Bascoma I i II, Limberga, plastykami „Z” i „V-Y” oraz płatem Karadakisa). Porównano dane dotyczące częstości nawrotów i czasu gojenia ran po operacji oraz wystąpienia powikłań.

Wyniki: Na otwarto” oraz wycięcie i zespolenie w linii pośrodkowej) wynosiła średnio 22,5% (4,5–60%) przypadków. W porównaniu z 5,1% (0–17%) przypadków w grupie operowanych z przesunięciem płata lub plastyką asymetryczną skóry. Czas wygojenia wynosił odpowiednio w obu grupach 12 tyg. i 2,3 tyg., a występowanie powikłań średnio 11,2% dla grupy z przesunięciem płata lub plastyką asymetryczną skóry, przy braku danych dla grupy operowanych metodami klasycznymi.

Wnioski:

1. Klasyczne metody operacyjne (wycięcie z gojeniem na otwarto/wycięcie z zespoleniem w linii pośrodkowej) charakteryzują się dłuższym czasem gojenia oraz wyższym odsetkiem nawrotów choroby niż metody operacyjne oparte na plastyce płatem lub przesunięciem skóry poza linię pośrodkową.
2. Metody operacyjne oparte na przesunięciu płata skórno lub plastyce skóry poza linią pośrodkową charakteryzują się wysokim odsetkiem powikłań okołoperacyjnych.

Słowa kluczowe: cysta włosowa, płat romboidalny, operacja Bascoma.

Postępy chirurgii małoinwazyjnej

W-00109

LAPAROSKOPIA W CHOROBYCH POLA ŻÓŁCIOWO-TRZUSTKOWEGO

Piotr Richter

III Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM

STRESZCZENIE

Wstęp: Zabiegi minimalnie inwazyjne są związane z mniejszym urazem, szybszym powrotem do zdrowia oraz lepszymi rezultatami kosmetycznymi w porównaniu z klasyczną chirurgią. Z tego powodu zabiegi te tak szybko zyskały na popularności zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy. Choroby dotyczące narządów wchodzących w skład tzw. pola trzustkowo-dwunastniczego stanowią niejednokrotnie duże wyzwanie dla chirurga operującego technikami klasycznymi. Dlatego też rola techniki laparoskopowej w tych schorzeniach nadal jest niejednoznaczna, a zabiegi te wykonywane są jedynie w wyspecjalizowanych centrach.

Celem pracy była analiza roli laparoskopii w diagnostyce i leczeniu schorzeń pola żółciowo-trzustkowego.

Materiał i metody: Przeszukano bazy PubMed, Medline, ScienceDirect oraz Springer w poszukiwaniu prac dotyczących wyznaczonego celu opracowania. Wyżej wymienione bazy były przeszukiwane, korzystając z haseł: „laparoscopic management of biliopancreatic field diseases”, „laparoscopy in biliary diseases”, „laparoscopy in ampullary diseases”, „laparoscopy in pancreatic diseases”.

Wyniki: Ostatecznie zakwalifikowano znalezione 231 prac i poddano je szczegółowej analizie, włączając do ostatecznego przeglądu 23. W przeglądzie przedstawiono kryteria selekcji pacjentów, wyniki opublikowanych w literaturze badań oraz aktualne problemy. Większość prac potwierdza duże znaczenie laparoskopii w ocenie zaawansowania raka trzustki, jednak jej rutynowe zastosowanie nadal jest przedmiotem badań. Z kolei wnioski z literatury dotyczące operacji laparoskopowych w zakresie pola żółciowo-trzustkowego potwierdzają jedynie możliwość oraz bezpieczeństwo wykonania tych zabiegów, ale – co jest ustawicznie podkreślane – jedynie w rękach doświadczonych osób.

Wnioski: Laparoscopia w chorobach pola żółciowo-trzustkowego jest możliwa do wykonania przy akceptowalnej liczbie powikłań oraz śmiertelności okołoperacyjnej. Obecnie jest to technika zarezerwowana jedynie dla wyspecjalizowanych centrów z dużym doświadczeniem w technikach minimalnie inwazyjnych.

Słowa kluczowe: pole żółciowo-trzustkowe, laparoscopia.

W-00035

POBIERANIE NEREK OD ŻYWYCH DAWCÓW METODĄ LAPAROSKOPOWĄ Z ASYSTĄ RĘCZNĄ

**Tomasz Jakimowicz, Tomasz Ciąćka,
Sławomir Nazarewski, Łukasz Romanowski,
Amro Alsharabi, Jacek Szmidt**

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: W ostatnim dziesięcioleciu pobieranie nerek do celów transplantacyjnych metodami małoinwazyjnymi stało się rutynowym postępowaniem. Przewaga techniki videoskopowej polega na szybszym dojściu do sprawności po operacji, krótszym pobycie w szpitalu czy lepszej jakości życia dawców. Ale najważniejsze jest, że dzięki zaletom technik małoinwazyjnych zwiększa się liczba potencjalnych dawców chętnych oddać nerkę, co w konsekwencji przekłada się na poprawę przeżycia chorych ze schyłkową niewydolnością nerek.

Cel: Celem pracy była ocena wyników pobierania nerek od żywych dawców metodą laparoskopową z asystą ręczną.

Materiał i metody: Pierwsze w Polsce małoinwazyjne pobranie nerki od żywego dawcy wykonano techniką retroperitoneoskopową z asystą ręczną w Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w 2003 r. Od czerwca 2011 r. rozpoczęto w naszej Klinice pobieranie nerek metodą laparoskopową z asystą ręczną. Materiał obejmuje 32 pobrania, 16 nerek lewych oraz 16 prawych. Wszystkie nerki z wyjątkiem jednej miały pojedyncze tętnice nerkowe, we wszystkich przypadkach naczynia zamykano za pomocą staplerów.

Wyniki: Średni czas operacji wynosił 141 min, średni czas ciepłego niedokrwienia nerki 199 s (czas od momentu zamknięcia tętnicy nerkowej do rozpoczęcia płukania nerki). W żadnym przypadku nie było konieczności wykonania konwersji do operacji otwartej. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany we wszystkich przypadkach, a chorzy zostali wypisani w 2.–7. dobie po operacji (średnio 3,2). Wszystkie nerki zostały przeszczepione: 14 biorcom pediatrycznym i 18 dorosłym. U 2 wystąpiła opóźniona czynność przeszczepu, jeden chory wymagał graftektonii nerki w 3. tygodniu z powodu martwicy moczowodu prawdopodobnie związanej z anomalią jego unaczynienia.

Wnioski: Pobieranie nerek od żywych dawców metodą laparoskopową z asystą ręczną jest bezpieczne, a dzięki znaczącemu zmniejszeniu urazu operacyjnego pozytywnie wpływa na chęć oddania nerki bliskim.

Słowa kluczowe: pobieranie nerek, laparoscopia, żywy dawca.

Przerzuty z raka jelita grubego do wątroby

W-00030

EWOLUCJA POGŁĄDÓW NA KRYTERIA RESEKCYJNOŚCI U CHORYCH Z PRZERZUTAMI Z RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY

Paweł Nyckowski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Resekcja wątroby jest złotym standardem w leczeniu chorych z przerzutami z raka jelita grubego do wątroby. Dane z dostępnego piśmiennictwa wyraźnie sugerują, że obecnie jakakolwiek kombinacja okoliczności przedoperacyjnych nie musi być uważana za absolutne przeciwwskazanie do resekcji wątroby. Warto nadmienić, że wartość tej metody leczenia nigdy nie została poddana ocenie na podstawie prospektywnych badań z randomizacją.

Cel: Celem prezentacji jest analiza ewolucji kryteriów resekcyjności i ewolucji poglądów dotyczących marginesu chirurgicznego w leczeniu chorych na raka jelita grubego w stadium rozsiały choroby, z przerzutami do wątroby.

Materiał i metody: Dokonano analizy piśmiennictwa dotyczącego tematu prezentacji z okresu ostatnich 30 lat, czyli od daty opublikowania fundamentalnej pracy Fortnera, który dokonał prawdopodobnie pierwszej wieloczynnikowej analizy wyników leczenia dużej grupy chorych z przerzutami z raka jelita grubego do wątroby.

Wyniki: Analiza piśmiennictwa pozwoliła na zaobserwowanie bardzo dynamicznej ewolucji poglądów na resekcyjność u chorych z przerzutami z raka jelita grubego do wątroby. Wskazania do resekcji są obecnie determinowane przez dwa czynniki. Pierwszy dotyczy szeroko technicznej wykonalności operacji z uwzględnieniem lokalizacji zmian, ich relacji do naczyń krwionośnych, stanu mięszu wątroby i przewidywanej objętości mięszu po resekcji. Czynnikiem drugim jest możliwość uzyskania czystego marginesu onkologicznego.

Wnioski:

1. Bezpieczna objętość pozostawianego mięszu wątroby zależy od jego stanu przed resekcją i wynosi > 25% przy mięszu prawidłowym oraz 31–40% w przypadku mięszu uszkodzonego.
2. Pozytywny onkologicznie margines chirurgiczny ma istotny wpływ na wzrost ryzyka nawrotu na powierzchni przekroju.
3. Brak możliwości uzyskania marginesu nie stanowi przeciwwskazania do resekcji.

Słowa kluczowe: przerzuty do wątroby, rak jelita grubego.

W-00083

PLANOWANIE I STRATEGIA LECZENIA SKOJARZONEGO CHORYCH Z PRZERZUTAMI Z RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY. ZESPÓŁ WIELODYSCIPLINARNY

Andrzej Deptała

Klinika Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW Zakład Profilaktyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Wstęp: W momencie rozpoznania raka jelita grubego (RJG) u 25% chorych występują przerzuty odległe – synchroniczne. U kolejnych 40–50% pacjentów z RJG w okresie 5 lat od leczenia operacyjnego guza pierwotnego rozwiną się przerzuty odległe – metachroniczne. Najczęstszym siedliskiem przerzutów odległych jest wątroba – 48–60%.

Cel: Cele i zasady skojarzonego leczenia przerzutów raka jelita do wątroby (PW-RJG).

Materiał i metody: Systematyczny przegląd piśmiennictwa.

Wyniki: Celem skojarzonego leczenia PW-RJG jest wydłużenie przeżycia wolnego od progresji (PFS) i przeżycia całkowitego (OS). Autor tej pracy stoi na stanowisku, że radioterapia i techniki zabiegowe niechirurgiczne są rodzajami leczenia paliatywnego i należy je zalecać w sytuacjach, w których operacja nie jest możliwa do przeprowadzenia. Ponadto niechirurgiczne techniki terapeutyczne są różnymi odmianami leczenia

miejscowego i stosowane samodzielnie nie są w stanie zapobiec rozsiały RJG poza wątrobę. Dlatego radioterapia i niechirurgiczne techniki zabiegowe mogą i powinny być kojarzone z chemioterapią w nieresekcyjnych przypadkach rozsianego RJG, gdyż kontrola miejscowa plus kontrola ogólnoustrojowa choroby ma szansę wydłużyć PFS bardziej niż każda z metod z osobna. Chemioterapia systemowa jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego zwiększa szansę na wyleczenie, ponieważ zapobiega nawrotowi raka w operowanym narządzie i rozsiewowi do innych narządów, a także zwiększa szansę na całkowitą odpowiedź patologiczną przy resekcji R0. Skojarzenie radioembolizacji i chemioterapii zamiennie poprawia PFS w nieresekcyjnych PW-RJG w porównaniu z samą chemioterapią.

Wnioski: W przypadku resekcyjnych metachronicznych PW-RJG istnieją wskazania do zastosowania chemioterapii okołoperacyjnej. U ok. 35% chorych z PW-RJG można wyindukować resekcyjność przerzutów za pomocą chemioterapii. Resekcyjne PW-RJG synchroniczne powinny być leczone w sposób skojarzony: chemioterapia okołoperacyjna z resekcją jedno- lub dwuetapową. Radioembolizacja plus chemioterapia stanowią optymalną opcję leczniczą dla nieresekcyjnych PW-RJG.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, przerzuty do wątroby, chemioterapia, radioembolizacja, zespół wielodyscyplinarny.

Sesja pielęgniarska

W-00050

ROLA PIELEŃNIARKI OPERACYJNEJ W ALLOGENNYM PRZESZCZEPIE NERKI

Dorota Zakrzewska, Katarzyna Grygiel

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Profesor Jan Nielubowicz z Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantologii Instytutu Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie 26 stycznia 1967 r. wykonał po raz pierwszy w Polsce udane przeszczepienie nerki pobranej ze zwłok. W chwili obecnej przeszczepienie nerki uznane jest za najlepszą metodę leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Pozwala ono na przywrócenie homeostazy i zapewnia lepszą jakość życia chorym w porównaniu z dializoterapią.

Cel: Celem tej prezentacji jest przedstawienie roli pielęgniarki operacyjnej w czasie przeszczepienia nerki.

Materiał i metody: Przedstawienie poszczególnych etapów operacji, czynności wykonywanych przez pielęgniarkę operacyjną, techniki operacyjnej, narzędzi użytych w czasie zabiegu.

Wyniki: Opracowanie standardowego schematu postępowania pielęgniarki operacyjnej w czasie przeszczepienia nerki stosowanego w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Wnioski: Pielęgniarka operacyjna jest ważnym i niezbędnym członkiem zespołu chirurgicznego w czasie przeszczepienia nerki. Jej spostrzegawczość, wysokie kwalifikacje oraz szeroka wiedza medyczna wpływają na przebieg operacji i zapewniają jej powodzenie, zmniejszając ryzyko powikłań pooperacyjnych. Przedstawiony standardowy schemat postępowania będzie cennym narzędziem edukacyjnym dla pielęgniarek.

Słowa kluczowe: allogeny przeszczep nerki.

W-00076

ZAKAŻENIA SZPITALNE – METODY PRZECIWDZIAŁANIA NA PRZYKŁADZIE BLOKU OPERACYJNEGO

Anna Kwaśniewska

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Zakażenia szpitalne od zawsze towarzyszyły świadczeniu usług medycznych i są nieodłącznym elementem hospitalizacji. Mają bezpośredni związek z procesem leczenia i oddziaływania środowiska szpitalnego na chorego. Na ograniczonej przestrzeni są tu jednocześnie hospitalizowani pacjenci z infekcją, z obniżoną z powodu choroby odpornością, z naruszo-

W

na ciągłością tkanek, stanowiącą otwarte wrota dla drobnoustrojów chorobotwórczych. Zakażenia rozwijają się u ok. 10% chorych hospitalizowanych, z czego ok. 2,6–3% to pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym. Blok operacyjny zajmuje czołowe miejsce pod względem ryzyka występowania zakażeń szpitalnych. Źródło zakażenia może stanowić sam pacjent, personel bloku bądź środowisko nieożywione sali operacyjnej (klimatyzacja, narzędzia operacyjne, sprzęt i aparatura medyczna, wyposażenie sali).

Cel: Przedstawienie metod zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, ze szczególnym uwzględnieniem środowiska pracy w bloku operacyjnym.

Materiał i metody: W przygotowaniu pracy wykorzystano literaturę medyczną zajmującą się tym zagadnieniem na przestrzeni ostatnich pięciu lat.

Wyniki: W środowisku bloku operacyjnego obowiązuje wzmoczony reżim sanitarny ze względu na szereg czynników osłabiających odporność chorego i uszkodzenie jego naturalnych barier ochronnych w wyniku wykonywania procedur chirurgicznych i anestetycznych.

Wnioski: Profilaktyka zakażeń w bloku operacyjnym wymaga holistycznego podejścia z uwzględnieniem wielu aspektów. Polega na właściwej organizacji i funkcjonowaniu bloku operacyjnego, właściwym postępowaniu z pacjentem przed, w trakcie i po zabiegu oraz odpowiednim zachowaniu zespołu operacyjnego. Zależy od kompetencji i świadomości personelu, architektury i wykończenia powierzchni, wyposażenia, przestrzegania reżimu sanitarnego i wdrażania procedur. Optymalną strategią postępowania celem ograniczenia występowania zakażeń w bloku operacyjnym jest znajomość interakcji: pacjent – personel medyczny – środowisko sali operacyjnej.

Słowa kluczowe: zakażenie szpitalne, blok operacyjny, zespół operacyjny, reżim sanitarny, interakcja.

W-00022

IMPLANTY ŚLIMAKOWE

Helena Kamińska

Oddział Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Szpital ZOZ w Łęcznej

STRESZCZENIE

Wstęp: W prezentacji omówiono anatomię i fizjologię narządu słuchu oraz wskazania i przeciwwskazania do leczenia wszczepem ślimakowym u dorosłych i dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem obustronnego głębokiego niedosłuchu oraz braku korzyści z aparatów słuchowych. Kolejno omówiono konieczną diagnostykę przedoperacyjną oraz najczęściej spotykane powikłania pooperacyjne.

Cel: Przedstawienie symulacji słyszenia poprzez implant ślimakowy.

Materiał i metody: 70 pacjentów zostało poddanych wszczepieniu implantu ślimakowego.

Wyniki: Po kontrolnych badaniach audiologicznych i testach psychoneurologicznych odnotowano dobre rezultaty kliniczne.

Wnioski: U pacjentów poddanych wszczepieniu implantu ślimakowego oraz długotrwałej rehabilitacji uzyskano znaczącą poprawę komfortu życia.

Słowa kluczowe: implanty ślimakowe.

W-00058

ŚRÓDOPERACYJNE ZASTOSOWANIE LAPAROSKOPOWEGO USG W DIAGNOSTYCE GUZÓW WĄTROBY

Marzena Kaczmarska, Jolanta Budny, Dominika Klimczak

Blok Operacyjny, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Leczenie chirurgiczne guzów wątroby stanowi poważny problem leczniczy. Ze względu na duży uraz okołoperacyjny, ryzyko powikłań oraz wydłużony czas rekonwalescencji zaczęto sięgać po metody małoinwazyjne.

Cel: Przedstawienie laparoskopowych resekcji wątroby z zastosowaniem USG śródoperacyjnego jako alternatywy dla operacji klasycznych.

Materiał i metody: Przeanalizowano dostępną literaturę oraz materiał własny dotyczący laparoskopowych resekcji wątroby także z zastosowaniem USG śródoperacyjnego. W latach 2006–2012 w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby wykonano 45 resekcji wątroby metodą laparoskopową z powodu guzów pierwotnych i wtórnych. Od 2011 r. zaczęto stosować USG za pomocą głowicy laparoskopowej. Przedstawiono technikę działania oraz możliwości aparatu ultrasonograficznego w diagnostyce guzów wątroby metodą laparoskopową. Uwzględniono także rolę instrumentarium.

Wyniki: Po przeanalizowaniu literatury i materiału własnego należy stwierdzić, że metody małoinwazyjne w leczeniu guzów wątroby znacznie skracają czas rekonwalescencji, powodują mniejszą traumatyzację, jak też mniejszą ilość powikłań. Pozostałe niewielkie blizny po zabiegu mają także duże znaczenie estetyczne dla pacjenta.

Wnioski: Laparoskopowa resekcja wątroby z zastosowaniem USG śródoperacyjnego może stanowić alternatywę dla operacji otwartej. Wymaga odpowiedniej kwalifikacji chorych, dużego doświadczenia operatora oraz instrumentarium w operacjach laparoskopowych.

Słowa kluczowe: ultrasonografia, laparoscopia.

W-00039

ZADANIA PIELEŃNIARKI PODCZAS WYKONYWANIA DIALIZY ALBUMINOWEJ SYSTEMEM „PROMETEUSZ” U CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ WĄTROBY

Katarzyna Prus, Marzena Karaban, Mariusz Grodzicki

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Zabiegi dializy albuminowej przeprowadzane są u chorych z ostrą lub zaostrzeniem przewlekłej niewydolności wątroby, zakwalifikowanych do przeszczepienia narządu, jako wspomaganie funkcji wątroby. W Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM dializy albuminowe wykonywane są w systemie FPSA-Prometheus. Zabieg dializy przeprowadza starsza pielęgniarka z odpowiednim przeszkoleniem odnośnie do obsługi aparatu i sposobu przeprowadzenia zabiegu dializoterapii.

Cel: Wskazanie zadań pielęgniarki podczas wykonywania zabiegu dializy albuminowej.

Materiał i metody: Analizowano dane z protokołów dializacyjnych chorych leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM w latach 2003–2009. W tym czasie wykonano 278 zabiegów dializoterapii albuminowej u 114 chorych z niewydolnością wątroby o różnej etiologii. Z tego 52 chorych dializowano z powodu ostrej niewydolności, a 62 z powodu zaostrzenia przewlekłej.

Wyniki: Obecny standard postępowania zakłada wykonanie u jednego pacjenta cyklu trzech 6-godzinnych zabiegów w odstępach jednej doby. Cała procedura zajmuje ok. 8,5 godz. W trakcie dializy rejestruje się parametry życiowe pacjenta, ciśnienia na początku i końcu układu kaniul (ciśnienie zasysania i pompowania krwi do dostępu centralnego) oraz przed i za kolumnami adsorpcyjnymi; przepływ heparyny w zintegrowanej pompie oraz prędkości przepływu krwi i plazmy. Zbierano dane odnośnie do stężenia bilirubiny, amoniaku, mocznika, kreatyniny, aktywności transaminaz oraz pH przed i po zabiegach. W badanej grupie średnia ilość wykonanych zabiegów przypadających na pacjenta wynosiła 2,41. Średnia dawka heparyny podawana podczas zabiegu dializoterapii wynosiła 750 j.m./godz. Średni czas trwania dializy wynosił 6,3 godz. Obserwowano znamienne statystycznie poprawę parametrów laboratoryjnych.

Wnioski: Do zadań pielęgniarki należy:

1. Przeprowadzenie zabiegu dializy albuminowej, przygotowanie i obsługa aparatu do dializy.
2. Przygotowanie pacjenta do zabiegu.
3. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, takich jak: tętno, ciśnienie krwi, ośrodkowe ciśnienie żyłne, saturacja oraz temperatura i diureza.

Słowa kluczowe: dializa albuminowa, FPSA-Prometheus, niewydolność wątroby.

Następstwa ataków terrorystycznych i doświadczenia współczesnego pola walki

W-00120

LECZENIE OBRAŻEŃ KLATKI PIERSIOWEJ I BRZUCHA – CO NOWEGO?

Marek Maruszyński

STRESZCZENIE

Następstwa ataków terrorystycznych, katastrof oraz współczesnych światowych konfliktów zbrojnych (zwłaszcza w Afganistanie i Iraku), a także wprowadzenie w kraju Centrów Urazowych stworzyły realne warunki do bezpośredniego wprowadzenia i wykorzystania nowych metod diagnostycznych i leczniczych do terapii obrażeń KP i JB.

Zdobyto praktyczne doświadczenia w wykorzystywaniu i ocenie skuteczności działania nowych środków hemostatycznych aktywnych miejscowo, takich jak: kleje fibrynowe i syntetyczne (Coesal), środki oparte na celulozie, zeolicie (QuickClot), chotistianie czy glukozoaminie oraz w stosowaniu leków ogólnie hamujących krwotoki i krwawienia: ranecamic acid (TXA) czy rekombinowany czynnik VIIA (NovoSeven). Powstały nowe zasady transfuzji w masowych krwotokach. Stworzono nowe urządzenia techniczne do odzyskiwania krwi z pola operacyjnego oraz szybkich przetoczeń. Dokonał się widoczny przełom w diagnostyce obrazowej, czego kapitalnym przykładem jest pełny Full Body CT Scan.

Wśród nowych zdobyczy, które zasługują na wyróżnienie w obszarze KP, są: szerokie stosowanie techniki wideotorakostopii operacyjnej (VAST), techniki staplerowej (traktomia) do resekcji uszkodzonego mięszu płucnego oraz nowe zasady wentylacji.

W obszarze JB nowe ważne zdobycze ostatnich lat to: wykorzystanie laparoskopii w obrażeniach przenikających (!), postępowanie zachowawcze w uszkodzeniach wątroby i śledziony, poznanie patofizjologii *Abdominal Compartment Syndrome*, technika „otwartego brzucha”, dystalna pankreatektomia z zachowaniem śledziony oraz zastosowanie ERCP w protezowaniu uszkodzeń przewodów żółciowych i trzustkowych (!).

Za najważniejszy postęp ostatnich lat w leczeniu ciężkich obrażeń uważam wprowadzenie na stałe do powszechnej praktyki strategii postępowania etapowego – *Damage Control* w obszarze KP i JB. Bardzo wysoko należy ocenić skuteczność wykorzystania zabiegów wewnątrznaczyniowych w leczeniu wstępnym (czasowym) i ostatecznym uszkodzeń dużych naczyń w KP (aorta !!!) i JB (IAVI) – balony, stenty pokrywane, stengrafty oraz w mniejszych naczyniach (kleje, coile). Ważne jest poznanie patofizjologii nowych zjawisk, takich jak następstwa intensywnej reustytucji w postaci masowych obrzęków i patogennego wzrostu ciśnienia w jamach ciała (czaszka, KP, JB) oraz w przestrzeniach podpowięziowych.

W-00106

KATASTROFY MASOWE I ATAKI TERRORYSTYCZNE WYZWANIEM WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY

Dariusz Tomaszewski

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centralny Szpital Kliniczny MON, Wojskowy Instytut Medyczny

STRESZCZENIE

Katastrofy są wyzwaniem dla służb ratownictwa medycznego i zarządzania kryzysowego. Psychologiczna reakcja na katastrofę obejmuje okres zaprzeczenia – tuż po zdarzeniu, okres oceny sytuacji i okres podejmowania decyzji. Opóźnienie podejmowania decyzji, destrukcyjny wpływ stresu i strachu mogą prowadzić do powstania zjawiska paniki. Trudna do opanowania panika zwiększa straty wywołane katastrofą i utrudnia działania ratownicze. Efektywność służb ratowniczych wspierają dobre regulacje prawne, plany i procedury postępowania. Stworzenie w 1994 r. USAF *Critical Care Aeronautical Transport Team* (wykorzystującego samoloty Lockheed C-130 Hercules z kompletnymi stanowiskami intensywnej terapii) zmniejszyło śmiertelność wśród ewakuowanych z Iraku i Afganistanu. Na częstość i rozmiary katastrof wpływa wzrost liczby ludności na świecie, jej koncentracja na stosunkowo niewielkiej przestrzeni, industrializacja, zmiany klimatyczne, postęp technologiczny, masowe przemieszczanie się ludności. Rolę mogą odgrywać media potęgujące atmosferę zagrożenia

i strachu. Zwiększa się częstość zamachów terrorystycznych. W ograniczaniu skutków zdarzeń masowych ważną rolę odgrywają przygotowane plany działania i łączność. Katastrofy masowe mogą także być spowodowane przemysłowymi substancjami toksycznymi. Taki charakter miały m.in. choroba z Minamaty, skażenie oleju ryżowego bifenyłami (Japonia, Tajwan) czy katastrofa w Seveso (Włochy, 1976). W oparciu o istniejące instalacje przemysłowe można wyprodukować broń chemiczną, ułatwia to pozyskanie tej broni przez kraje wspierające terroryzm. Wyzwaniem dla służb medycznych była także epidemia SARS, jej rozprzestrzenianie się było ułatwione przez przemieszczanie się ludzi korzystających z komunikacji lotniczej. Potencjalnym zagrożeniem jest bioterroryzm. Broń biologiczna (np. laseczki wąglika, pałeczki dżumy, tularemii, pałeczki *Salmonella*, filowirusy wywołujące gorączki krwotoczne, wirus ospy prawdziwej, ryцина i botulina) jest łatwa w produkcji, tania, skuteczna, łatwa do ukrycia i niewidoczna podczas ataku. Obecnie ponad 20 państw posiada broń biologiczną i środki do jej przenoszenia. O skali zagrożenia świadczy skala działań podczas epidemii ospy prawdziwej we Wrocławiu w 1963 r.

Słowa kluczowe: katastrofy masowe, ataki terrorystyczne, służby ratownicze.

Powikłania po operacjach w górnej części przewodu pokarmowego

W-00069

NIESZCZELNOŚCI ZESPOLEŃ PRZEŁYKOWYCH

Grzegorz Wallner, Andrzej Dąbrowski, Tomasz Skoczył

II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp: Nieszczelność zespoleń przełykowych jest najpoważniejszym powikłaniem chirurgicznym po resekcji przełyku związanym z wysokim ryzykiem zgonu.

Cel: Analiza czynników wpływających na występowanie nieszczelności zespoleń po resekcji przełyku oraz ustalenie optymalnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego definicji, klasyfikacji, diagnostyki i postępowania terapeutycznego u chorych z nieszczelnością zespoleń przełykowych. Ponadto dokonano analizy retrospektywnej danych kliniczno-patologicznych 206 pacjentów z rakiem płaskonabłonkowym przełyku operowanych przez jednego chirurga w jednym ośrodku chirurgicznym w latach 1992–2004.

Wyniki: Etiologia nieszczelności zespoleń przełykowych ma charakter wieloczynnikowy. Wśród czynników anatomicznych występowaniu nieszczelności sprzyja brak błony surowiczej przełyku, kruchość błony mięśniowej właściwej, specyficzny przebieg naczyń krwionośnych substytutu przełykowego oraz ruchomość błony śluzowej przełyku. Wśród czynników ogólnoustrojowych największe znaczenie przywiązuje się do stanu odżywienia, stopnia wysycenia tlenowego krwi, stabilności układu krążenia w okresie okołoperacyjnym czy zaburzeń metabolicznych. Największe znaczenie w występowaniu nieszczelności w zespoleniu przełykowym mają czynniki miejscowe związane z taktyką postępowania chirurgicznego wpływającą na stopień ukrwienia substytutu przełykowego oraz techniką wykonania zespolenia. W postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym podkreśla się rolę endoskopii w określeniu wielkości nieszczelności oraz rozległości i nasilenia niedokrwienia, a także możliwość leczenia endoskopowego za pomocą stentów samorozprężalnych.

Wnioski: Nieszczelność zespolenia przełykowego w sposób istotny zwiększa ryzyko zgonu pooperacyjnego. W postępowaniu u chorych z nieszczelnością zespolenia największe znaczenie ma wczesne rozpoznanie. Zastosowanie leczenia zachowawczego, endoskopowego lub chirurgicznego zależy od zakresu nieszczelności, stanu klinicznego chorego, czasu rozpoznania i doświadczenia całego zespołu chirurgiczno-anestezjologicznego zaangażowanego w opiekę okołoperacyjną.

Słowa kluczowe: zespolenie przełykowe, nieszczelność zespolenia, resekcja przełyku.

W-00111

POWIKŁANIA W CHIRURGII ŻOŁĄDKA

Józef Kładny

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

STRESZCZENIE

Rak jest obecnie najczęstszym wskazaniem do zabiegów resekcyjnych żołądka. Mimo znacznego spadku zachorowań na ten nowotwór w ostatnich dekadach, pozostaje on nadal jedną z głównych przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe. Wynika to w głównej mierze ze złego rokowania, związanego z rozpoznaniem nowotworu w zaawansowanych stadiach choroby. Jedynym sposobem radykalnego leczenia raka żołądka (RŻ) jest leczenie chirurgiczne, które polega na całkowitym lub prawie całkowitym wycięciu żołądka oraz wycięciu węzłów chłonnych (limfadenektomia D2). Takie leczenie jest obciążone licznymi powikłaniami, zwłaszcza że tacy chorzy często są w starszym wieku, z licznymi obciążeniami, z niedożywieniem, a choroba nowotworowa w większości przypadków jest zaawansowana.

Powikłania po zabiegach resekcyjnych żołądka obserwuje się u 15–40% pacjentów, a śmiertelność pooperacyjna w zależności od doświadczenia ośrodka wynosi od 0 do 15%. Powikłania wczesne po zabiegach resekcyjnych żołądka można podzielić na powikłania ogólnoustrojowe oraz powikłania chirurgiczne związane z okolicą operowaną. Spośród powikłań ogólnoustrojowych najczęstsze są powikłania oddechowo-krażeniowe i choroba zakrzepowo-zatorowa. Najpoważniejszymi powikłaniami chirurgicznymi jest nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego. Częstość tego powikłania w różnych ośrodkach ocenia się na 0–25%. W oddziałach z dużym doświadczeniem w chirurgii żołądka częstość tego powikłania wynosi 5–8%, natomiast śmiertelność z powodu tego powikłania szacuje się na poziomie 10–20%. Najpoważniejsze są konsekwencje nieszczelności zespolenia przełykowo-jelitowego w obrębie klatki piersiowej. Ryzyko zgonu w takim przypadku szacuje się na 20–60%. Do najczęstszych powikłań późnych zaliczamy: *dumping syndrome* i zapalenie refluksowe przełyku.

Najistotniejsze czynniki zwiększające ryzyko powikłań po resekcjach żołądka to: starszy wiek chorego, obciążenia krążeniowo-oddechowe, cukrzyca, marskość wątroby, doświadczenie ośrodka oraz chirurga, rozległość zabiegu operacyjnego, czas operacji, konieczność wykonania splenektomii, niedożywienie, leczenie neoadiuwantowe i stopień zaawansowania choroby.

Słowa kluczowe: powikłania, resekcja żołądka.

Ostry ból okołoperacyjny

W-00097

OSTRY BÓL POOPERACYJNY U CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Wojciech Gaszyński

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM w Łodzi

STRESZCZENIE

Starzenie się człowieka jest procesem, w którym występują postępujące zaburzenia funkcji fizjologicznych niezależnie od procesu chorobowego. Przyjmuje się, że wiele funkcji fizjologicznych obniża się o 1% na każdy rok życia powyżej 30 lat. Pacjenci po 65. roku życia stanowią ok. 40% ogólnej liczby pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym [1].

Należy z całą mocą podkreślić, że zgodnie ze współczesnymi możliwościami anestezjologii, wiek nie ogranicza zakresu zabiegów chirurgicznych. Jednak wiąże się to ze zwiększoną śmiertelnością i ryzykiem powikłań. Ryzyko to zwiększa się nawet 4-krotnie w przypadku zabiegów wykonywanych w trybie nagłym. Podejmowanie decyzji o leczeniu operacyjnym osób starszych wymaga uwzględnienia przede wszystkim wieku biologicznego, jak też stopnia obciążenia chorobami współistniejącymi, rozległości zabiegu operacyjnego. Wskazuje się na cztery główne, niezależne czynniki ryzyka związane z zabiegiem chirurgicznym u osób powyżej 65. roku życia: wiek, stan ogólny chorego i współistniejące choroby (ocena według skali ASA), tryb operacji – czy jest planowy czy pilny – oraz rodzaj procedury chirurgicznej [2]. Starzenie się organizmu ma istotny wpływ na farmakokinetykę i farmakodynamikę leków poprzez

mniejszą liczbę receptorów wiążących leki, mniejszą zdolność wiązania leków z białkami osocza, co może wpływać na łatwiejsze przedawkowanie leków. Zmniejszona wydolność wątroby i nerek u pacjentów w wieku podeszłym prowadzi do zmniejszenia metabolizmu i eliminacji leków z ustroju, a wszystko to razem powoduje zmniejszone zapotrzebowanie na leki w okresie okołoperacyjnym [3].

Z uwagi na możliwość wystąpienia wielu powikłań pooperacyjnych konieczne jest objęcie nadzorem i monitorowaniem chorych w wieku podeszłym w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Obowiązkowa jest obserwacja każdego chorego w wieku podeszłym w oddziale poznieczuleniowym i zapewnienie odpowiedniego monitorowania w salach pooperacyjnych oddziałów zabiegowych. Niewydolność oddechowa w bezpośrednim okresie pooperacyjnym może być wynikiem stosowania anestetyków i opioidów z następczą hipowentylacją oraz resztkowego zwiotczenia mięśni w wyniku stosowania środków zwiotczających, co może wymagać stosowania w tym okresie wentylacji mechanicznej. Występujący ból pooperacyjny, słabość mięśni i upośledzona czynność przepony sprzyjają zaburzeniom w funkcjonowaniu płuc i powstawaniu ognisk niedodmy. Prowadzi to do infekcji płucnych i niedotlenienia [1].

Osoby w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia odznaczają się szczególnie dużym ryzykiem rozwoju pooperacyjnego splątania (*delirium*) oraz zaburzeń poznawczych (*Postoperative Cognitive Dysfunction – PCD*) [4]. Najczęstszymi przyczynami zaburzeń świadomości w okresie pooperacyjnym są: ból, lęk, hipoksja, zaburzenia elektrolitowe, odstawienie leków psychotropowych, niepożądane działania środków anestetycznych.

W uśmierzaniu bólu pooperacyjnego u pacjentów w wieku podeszłym mogą być stosowane systemowo analgetyki (paracetamol, metamizol, niesterydowe leki przeciwzapalne), opioidy (tramal, morfina, oksykodon), techniki znieczulenia regionalnego (ostrzykiwanie brzegów rany środkiem miejscowo znieczulającym), ciągle znieczulenie zewnątrzoponowe – w tym PCA z zastosowaniem mieszaniny małych stężeń bupiwakainy i opioidów [5, 6].

Piśmiennictwo

1. Michalik E. Borgis. Postępy Nauk Medycznych 2008; 11: 712-721.
2. Owczuk R. Wytyczne znieczulenia ogólnego osób w wieku podeszłym Rady Konsultacyjnej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii ds. Jakości i Bezpieczeństwa Znieczulenia. Anestezjologia Intensywna Terapija 2011; 43: 123-128.
3. Duda K. Zmiany fizjologiczne, towarzyszące starzeniu i zaburzenia u chorych w wieku podeszłym a znieczulenie; wykład VI kursu FEEA, Kraków 2002; 5-13.
4. Pesonen A, Kauppila T, Tarkkila P, Sutela A, Niinistö L, Rosenberg PH. Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 657-664.
5. Dobrogowski J, Wordliczek J. Uśmierzanie bólu ostrego u chorych w wieku podeszłym. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007; 11-13.
6. Krawczyk L, Wordliczek J, Czupryna A, Dobrogowski J, Dobosz M, Gaszyński W, Andziak P, Miziołek M, Dziki A. Rekomendacje w uśmierzaniu bólu okołoperacyjnego w chirurgii ogólnej. Polski Przegląd Chirurgiczny 2012; 84, 9: 1-19.

W-00043

WARTOŚĆ KLINICZNA TECHNIK ZNIECZULENIA MIEJSCOWEGO W UŚMIERZANIU BÓLU POOPERACYJNEGO

Ewa Mayzner-Zawadzka

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

STRESZCZENIE

Wstęp: Rola anestezji regionalnej.

Cel: Zastosowanie anestezji regionalnej w postępowaniu pooperacyjnym.

Materiał i metody: Opinie i zalecenia europejskie oraz polskie rekomendacje.

Wyniki: Wysoka skuteczność analgetyczna.

Wnioski: Znieczulenie miejscowe, ale w pierwszym rzędzie anestezja regionalna wydaje się nie tylko spełniać wszystkie kryteria wymagane w postępowaniu w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego, ale bez wątpienia

może być uznana za dedykowaną pod adresem terapii pooperacyjnej, przeciwbólowej. Stanowisko takie uzasadniają względy związane z patomechanizmem działania leków znieczulenia miejscowego, który bezpośrednio koresponduje z włóknami nerwowymi przewodzącymi impulsy bólowe. Mnogość zastosowania wybiórczych technik analgezji regionalnej i w zależności od potrzeby i zakresu zabiegu chirurgicznego oraz możliwość prowadzenia terapii multimodalnej skojarzonej z sedacją lub innymi lekami przeciwbólowymi z opioidami włącznie pozwala zapewnić optymalne warunki bezbolesności po rozległych operacjach. Jednocześnie regionalne techniki analgezji są najskuteczniejsze pod względem uśmierzania bólu oraz pozbawione większości objawów niepożądanych i powikłań towarzyszących lekom przeciwbólowym. Dzięki dostępności nowego narzędzia klinicznego, jakim jest projekt Prospect przygotowany i aktualizowany przez grupę chirurgów (3) i anestezjologów (5) w ramach ESRA, jest możliwość konwencjonalnego korzystania z wytycznych postępowania opartych na EBM obejmujących na razie 10 procedur chirurgicznych. Są one opisane bardzo szczegółowo pod względem postępowania okołoperacyjnego, w tym uśmierzania bólu pooperacyjnego i technik analgezji regionalnej. Uwagę powinny zwrócić proste i tanie techniki, jak analgezja infiltracyjna oraz ciągłe blokady obwodowe i centralne w bardziej wymagających zabiegach operacyjnych, u pacjentów z wysokim ryzykiem powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: ból pooperacyjny.

Sesja Koła Młodych Chirurgów

W-00063

JAGNIĘ WŚRÓD WILKÓW – CZYLI CO KAŻDY MŁODY CHIRURG WIEDZIEĆ POWINIEN

Agnieszka Pasztak-Opiłka

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu

STRESZCZENIE

Wstęp: Początek kariery młodego chirurga często bywa frustrujący. Rosnące podczas studiów nadzieje na szybki rozwój zawodowy i nabycie praktycznych umiejętności – szybko zostają zweryfikowane przez otaczającą rzeczywistość. Niedociągnięcia organizacyjne współczesnej służby zdrowia, rosnąca biurokracja, powszechnie krytykowany program szkoleń, ale i konieczność zajęcia najniższej pozycji w „rodzinie chirurgicznej” i dostosowania się do jej zwyczajów – mogą powodować poczucie bezradności. Szczególnie odczuwalne staje się to w sytuacji, gdy młody chirurg, tak w życiu zawodowym, jak i w prywatnym, oczekuje rozwiązań szybkich, prostych i jednoznacznych, co cechuje współczesnego człowieka. Odwołując się do życiorysów największych mistrzów nowoczesnej chirurgii, można dostrzec silnie zakorzenioną w tej grupie zawodowej hierarchię społeczną i wynikające z niej role, przywileje, ale i ogromną odpowiedzialność. Z perspektywy psychologicznej z wejściem w nową grupę zawodową wiążą się dodatkowe problemy. Wynikają one z samej struktury grupy i konieczności dostosowania się do niej, ale i z reguł i norm w niej obowiązujących, często niezgodnych z oczekiwaniami młodego człowieka, wymagających ogromnej elastyczności, a niejednokrotnie pokory.

Cel: Celem wykładu jest zasygnalizowanie najistotniejszych zagadnień dotyczących funkcjonowania grupy, przyczyn najczęstszych konfliktów, jakich może ona doświadczać, problematyki władzy i konieczności podporządkowania się. Przydatna będzie również znajomość mechanizmów i technik wywierania wpływu społecznego, jakim często nieświadomie ulegamy (jak chociażby reguła wzajemności, zaangażowania i konsekwencji, ulegania autorytetom czy społecznego dowodu słuszności). Pomocne będzie też zaprezentowanie strategii szybkiego i „bezbolesnego” rozwiązywania konfliktów, jak i strategii zapobiegania im w sytuacjach, w których konflikty wydają się nieuniknione.

Słowa kluczowe: specjalizacja, młody chirurg, socjotechnika.

W-00086

PRAWNE ASPEKTY ODPOWIEDZIALNOŚCI MŁODEGO CHIRURGA

Jakub Markiewicz

aplikant radcowski przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych
w Katowicach
Kancelaria Porad Prawnych Lexom.pl w Sosnowcu

STRESZCZENIE

Zawód lekarza, tak jak zawód profesjonalnego prawnika, a w szczególności radcy prawnego, to zawód zaufania publicznego. Dlatego też osoba wykonująca profesję lekarza powinna się legitymować szczególnymi przymiotami moralnymi, a także odpowiednim przygotowaniem zawodowym. Z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej, rozumianej jako obowiązek ponoszenia odpowiedzialności za czyny, lekarz podlega odpowiedzialności: cywilnej, karnej oraz zawodowej. Odpowiedzialność cywilna lekarza może wynikać z czynu niedozwolonego (*ex delicto* art. 415 kc) bądź z tytułu niewykonania lub też nienależytego wykonania zobowiązania (*ex contractu* art. 471 kc). Możliwy jest też zbieg odpowiedzialności kontraktowej z odpowiedzialnością deliktową, która wynika z popełnienia przez lekarza czynu zabronionego. Lekarz, jak każdy inny podmiot prawa, podlega odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów ustawy Kodeks karny, przy czym szczególnie istotny jest art. 2 kk, zgodnie z którym: „Odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi”. Z kolei odpowiedzialność zawodowa lekarza wynika przede wszystkim z naruszenia zasad etyki lekarskiej i przepisów regulujących wykonywanie tego zawodu. Z punktu widzenia odpowiedzialności cywilnej i karnej młodego lekarza niezwykle istotne jest zachowanie należytej staranności, dlatego też ważne jest zaangażowanie i dbałość w zakresie wykonywania obowiązków wynikających z wykonywania tej profesji. Wzorcem będzie zachowanie lekarza postępującego zgodnie z prawdami wiedzy i sztuki lekarskiej, któremu to nie sposób zarzucić braku wystarczającej wiedzy, umiejętności praktycznych, a także niezręczności i nieuwagi podczas przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie, nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach (wyrok SA w Katowicach z 14 lutego 2013 r. sygn. I ACa 970/12).

Słowa kluczowe: odpowiedzialność lekarza.

W-00066

NOWOŚCI W SPECJALIZACJI POD LUPĄ MŁODYCH CHIRURGÓW

Krzysztof Buda¹, Mieszko Norbert Opiłka²

¹Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu
²Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

STRESZCZENIE

Wstęp: W opinii osób odbywających szkolenie specjalizacyjne w naszym kraju, w większości dyscyplin jego programy pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Nie inaczej jest z programem specjalizacji w chirurgii ogólnej. Obecny został wprowadzony już przed dekadą, w 2003 r. Był on dostosowany do nowych realiów – jednostopniowej specjalizacji, ale również do ówczesnego stanu wiedzy. Dziś można powiedzieć, że w dużej mierze spełnił on swoje zadanie, chociaż nieustannie, już od momentu powstania, spotyka się z dużą krytyką.

Z całą pewnością nie można mu zarzucić zbyt wąskiego zakresu materiału, szkoleń czy wymaganych umiejętności. Przeciwnie, jednym z głównym zarzutów, jaki powtarza się wśród osób odbywających szkolenie, jest brak realnych możliwości rzetelnego wykonania całości programu, głównie jeżeli chodzi o wykonanie wszystkich wymaganych zabiegów. Nie bez znaczenia pozostaje też niska jakość szkolenia podczas odbywanych stażów cząstkowych oraz kursów. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele. Należy tu z pewnością wymienić brak odpowiednich rozwiązań prawnych, względy organizacyjne (takie jak utrudnienia ze strony administracji szpitala) czy nawet kwestie uposażenia osób mających zajmować

W

się szkoleniem osób specjalizujących się. W świetle powyższych faktów środowisko młodych chirurgów z olbrzymią radością przyjęło wiadomość o rozpoczęciu działań nad opracowaniem nowego programu specjalizacji i bacznie przygląda się procesowi jego tworzenia. Jest to możliwe dzięki zaproszeniu do grona Zarządu Towarzystwa Chirurgów Polskich przedstawiciela młodych chirurgów. Pozwala to też na pewien wpływ na podejmowane decyzje dotyczące kształtu nowego programu i konsultacje z zainteresowanymi osobami, co z pewnością przyczyni się do opracowania programu bardziej spełniającego oczekiwania osób szkolących się i umożliwiających wykształcenie wysoko wykwalifikowanych specjalistów z naszej dziedziny.

Cel: Staramy się przybliżyć ogólne założenia nowo powstałego programu, starając się porównać go do stanu poprzedniego. Mamy nadzieję, że rzeczowa dyskusja pozwoli jeszcze bardziej dopracować program specjalizacji z chirurgii ogólnej i podniesie jego jakość.

Słowa kluczowe: program specjalizacji, szkolenie, specjalizacja, młody chirurg.

Sesja Sekcji Oparzeń

W-00067

NOWOCZESNE TECHNOLOGIE W CHIRURGII OPARZEŃ

Marek Kawecki

Centrum Leczenia Oparzeń, Siemianowice Śląskie

STRESZCZENIE

Wstęp: Wyrazem postępu w leczeniu chorych oparzonych jest zastosowanie produktów biotechnologii komórkowej. Na szczególną uwagę zasługują przeszczepy hodowanych *in vitro* auto- i allogenicznych fibroblastów i keratynocytów zawieszonych w koncentracji bogato leukocytno-płytkowym (PLRG). Zawieszane w roztworze komórki można wysiewać na auto- i allogeniczny wolny przeszczep skóry pośredniej grubości lub acellularną allogeniczną matrycę. Duży postęp w leczeniu ran u chorych oparzonych uzyskano dzięki zastosowaniu autologicznych komórek macierzystych pozyskanych z tkanki tłuszczowej.

Cel: Analiza porównawcza skuteczności leczenia ran oparzeniowych za pomocą nowych technik.

Materiał i metody: Materiał stanowiło 71 chorych oparzonych: u 50 zastosowano autologiczne keratynocyty, u 16 autologiczne fibroblasty, u 8 allogeniczne keratynocyty, u 14 przeszczepiono autologiczne komórki macierzyste pozyskane z tkanki tłuszczowej. Łącznie przeprowadzono 90 przeszczepów hodowlanych keratynocytów i fibroblastów u 30 pacjentów.

Wyniki: 27 chorych zmarło z powodu choroby oparzeniowej przed wykonaniem przeszczepu. Po transplantacji hodowanych *in vitro* komórek skóry zmarło 3 chorych.

Nie było zgonów w grupie chorych z przeszczepem komórek macierzystych. Po zastosowaniu przeszczepu autologicznych komórek i fibroblastów rany oparzeniowe goiły się szybciej, a przeszczep allogeniczny stanowił dobry opatrunek biologiczny. Zastosowanie komórek macierzystych przyspiesza gojenie ran, ale w niektórych przypadkach powodowało proliferację blizny.

Wnioski:

- Hodowane *in vitro* autologiczne komórki skóry przeszczepione w zagęszczonej masie leukocytno-płytkowej przyspieszają naskórkowanie rany oparzeniowej.
- Wysianie keratynocytów i fibroblastów zawieszonych w PRLG na siatkowany przeszczep skóry autologicznej skutecznie wspomaga zamknięcie rany oparzeniowej III stopnia.
- Procedura przeszczepu komórek macierzystych tkanki tłuszczowej na rany oparzeniowe wspomaga ich gojenie, pobudza ziarninowanie, angiogenezę i naskórkowanie.

Słowa kluczowe: terapie komórkowe w oparzeniach.

Cholecystektomia laparoskopowa

W-00080

CHOLECYSTEKTOMIA MINILAPAROSKOPOWA

Tadeusz Wróblewski, Piotr Kalinowski, Piotr Gierej, Marek Krawczyk

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Operacje bez pozostawienia widocznych blizn to marzenie chorych i chirurgów. W tym celu stworzono i wprowadzono wiele nowych technik chirurgicznych i endoskopowych z zastosowaniem specjalnych narzędzi.

Cel: Celem pracy było opracowanie techniki dwutrokarowej cholecystektomii laparoskopowej bez widocznych blizn, ale bez pogorszenia wizualizacji elementów trójkąta Calota i z zachowaniem komfortu pracy chirurga.

Materiał i metody: 60 chorych, 48 kobiet i 12 mężczyzn w wieku od 17 do 72 lat (średnio 56), z objawową kamicą pęcherzyka żółciowego było zakwalifikowanych do ChL w trybie planowym z zastosowaniem trokara 10/11 mm w pępku, trokara 5 mm w prawym podbrzuszu oraz dwóch minilaparoskopowych, bezportowych i jednorazowych grasperów (Stryker, USA). Po wykonaniu 2 cm nacięcia w pępku wykonywano igłą Veressa odmě otrzewnową 12 mm Hg i wprowadzano port 10/11 mm. Pod kontrolą 5 mm optyki 0° wprowadzano port 5 mm w prawym podbrzuszu na poziomie linii bikini i przekładano do niego optykę z pępka. Następnie pod kontrolą wzroku po wykonaniu dwóch 2 mm nacięć skóry wprowadzano w prawym śródbrzuszu: w linii pachowej przedniej i w linii środkowoobojczykowej, dwa bezportowe, minilaparoskopowe graspery do uchwycenia pęcherzyka. Przewód i tętnicę pęcherzykową preparowano, klipsowano i przecinano, a pęcherzyk odcinano od łoża z zastosowaniem typowych 5 i 10 mm narzędzi laparoskopowych. Pęcherzyk usuwano przez otwór pępkowy.

Wyniki: Wszystkie operacje wykonano sposobem laparoskopowym bez konieczności konwersji. U 2 chorych zaszła konieczność wprowadzenia dodatkowego 5 mm portu w nadbrzuszu z powodu trudności identyfikacji struktur trójkąta Calota, a w 5 przypadkach wykonano drenaż łoża po pęcherzyku przez 5 mm port w linii bikini. Czas operacji wahał się od 2 godz. w czasie wprowadzania metody do 50 min. dla ostatnich operacji. Nie obserwowano powikłań pooperacyjnych u chorych wypisywanych do domu nie później niż po typowej LCh.

Wnioski: Cholecystektomia z zastosowaniem dwóch typowych trokarów, dwóch minilaparoskopowych, bezportowych grasperów oraz typowych pozostałych narzędzi laparoskopowych jest metodą zapewniającą dobrą ekspozycję trójkąta Calota, a jednocześnie zapewniającą bardzo dobry efekt kosmetyczny operacji.

Słowa kluczowe: cholecystektomia laparoskopowa, minilaparoskopia.

W-00121

SURGERY TRAINING IN ERA OF EVER CHANGING TECHNIQUE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTEKTOMY

Marek Rudnicki, Kenneth W. Buelmann

Dept. of Surgery, University of Illinois, Advocate Illinois Masonic Medical Center, Chicago, Illinois

ABSTRACT

Although removal of the gallbladder is a well established procedure through generations of surgeons, the development and introduction of new technologies demands appropriate training in their clinical use. Laparoscopic cholecystectomy was first introduced into practice almost 25 years ago. Since that time the surgical environment has benefitted from numerous modifications regarding minimally invasive techniques, along with equally impressive advances in technology. Examples include minilaparoscopic cholecystectomy, single access cholecystectomy, and robotic cholecystectomy. Some surgeons have attempted removal of the gallbladder using NOTES technique.



The purpose of this presentation is to discuss current trends in training of surgeons in ever developing techniques of surgical removal of the gallbladder.

Surgeons, both in training as well as those practicing for many years must remain conscious of these new technologies and at the same time be prepared to embrace any new developments in the techniques of gallbladder removal. Modern sophisticated simulators facilitate the rehearsal of innovative procedures before the surgeon actually performs it in vivo. Accrediting bodies for both training programs and practicing surgeons specify requirements for simulation prior to live procedural introduction with a privileged proctor. In addition, manufacturers of new technologies have demonstrated a commitment to providing appropriate training for practicing surgeons interested in their devices. Surgeons of the future will face many challenges including problem of preserving classical skills for performing standard open cholecystectomy. Surprisingly, many graduating surgical residents cannot boast of this experience. Many Leaders in surgical arena anticipate the demand for specific training, including simulators for open cholecystectomy.

Increasing expectations of the most safe, efficient, and premium quality of care prohibit us from embarking on new techniques of surgery without appropriate training. Surgeons must accept simulators as a stepping stone for acquiring specific procedural skills as they complement their armamentarium.

Key words: cholecystectomy, laparoscopic, robotic, NOTES, simulation, training.

Laparotomia po urazie

W-00031

OBRAŻENIA WĄTROBY

Paweł Nyckowski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Obrażenia urazowe wątroby należą do stosunkowo częstych u chorych z tępych i penetrującymi obrażeniami tułowia. Współcześnie wielu tych chorych może być leczonych zachowawczo. Sytuacja taka bywa określana paradoksalnie największym postępem, jaki dokonał się w leczeniu chirurgicznym pacjentów urazowych.

Cel: Przedstawienie współczesnych poglądów na leczenie chorych z obrażeniami urazowymi wątroby w świetle fundamentalnych zasad takiego leczenia, jakimi są zatrzymanie krwawienia, zachowanie funkcji narządu i zapobieganie późnym powikłaniom.

Materiał i metody: Prezentowany wykład przygotowano w oparciu o analizę dostępnego piśmiennictwa i ocenę wyników leczenia własnej grupy chorych z obrażeniami urazowymi wątroby.

Wyniki: Szczególną uwagę poświęcono powikłaniom leczenia zachowawczego, ponieważ powikłania takie w różnej postaci dotyczą ok. 60% chorych z IV–V stopniem obrażenia, o ile na podstawie stanu klinicznego i wyników badań obrazowych nie kwalifikowano ich do operacji doraźnej ani odroczonej.

Wnioski:

1. Obrażenie urazowe wątroby należy podejrzewać w każdym przypadku niestabilności hemodynamicznej u chorego po tępych lub przenikającym obrażeniu jamy brzusznej.
2. U pacjentów hemodynamicznie stabilnych można próbować leczenia zachowawczego.
3. Chorych niestabilnych hemodynamicznie należy operować.
4. Jeśli definitywne leczenie chirurgiczne nie jest doraźnie możliwe, należy stosować dostępne metody służące zatamowaniu krwawienia (tampონada okołowątrobową – *packing*) i planować transfer pacjenta do ośrodka referencyjnego.

Słowa kluczowe: wątroba, uraz.

W-00061

OBRAŻENIA ŚLEDZIONY

Krystyn Sosada, Maciej Wiewióra

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Urazy śledziony należą do najczęstszych obrażeń towarzyszących tępych urazom brzucha. Leczenie urazów śledziony zależy od stanu hemodynamicznego pacjenta oraz współtowarzyszących obrażeń innych narządów

Cel: Określenie aktualnych trendów leczenia obrażeń śledziony na podstawie przeglądu piśmiennictwa.

Materiał i metody: Dane zabrano, dokonując przeglądu baz PubMed, Medline i Cochrane Collaboration Library.

Wyniki: Leczenie operacyjne jest złotym standardem postępowania u chorych niestabilnych hemodynamicznie. Coraz większa liczba chorych stabilnych hemodynamicznie jest leczona nieoperacyjnie niezależnie od ciężkości uszkodzenia śledziony. Wśród czynników prognostycznych niepowodzeń leczenia nieoperacyjnego wymienia się duży krwiak wewnątrzotrzewnowy, aktywne krwawienie oraz ciężkie uszkodzenie śledziony oceniane w skali AAST > 3. Diagnostyczna laparoscopia daje możliwość oceny rodzaju uszkodzenia, jego lokalizacji i ciężkości, a niejednokrotnie stwarza możliwość ostatecznego leczenia. Warunkiem niezbędnym do zastosowania takiego postępowania jest stabilność hemodynamiczna chorego po urazie. W aktualnych badaniach potwierdzono skuteczność embolizacji tętnicy śledzionowej w leczeniu stabilnych hemodynamicznie chorych z obrażeniami śledziony. Coraz częściej stosuje się leczenie zachowawcze w połączeniu z embolizacją tętnicy śledzionowej u chorych stabilnych hemodynamicznie, zwłaszcza w przypadku uszkodzeń ciężkich. Wyniki badań wskazują, że uszkodzenia śledziony przebiegające z aktywnym krwawieniem, pourazowym tętniakiem rzekomym lub przetoką tętniczo-żylną w obrębie śledziony są związane z większym ryzykiem niepowodzeń leczenia nieoperacyjnego i wskazują na potrzebę embolizacji tętnicy śledzionowej. Chorzy stabilni hemodynamicznie z aktywnym krwawieniem, IV lub V stopniem uszkodzenia śledziony mieli odpowiednio 22 i 5 razy większe prawdopodobieństwo niepowodzenia leczenia nieoperacyjnego, gdy nie zastosowano embolizacji tętnicy śledzionowej.

Wnioski: W chirurgii urazów śledziony niezależnie od ciężkości uszkodzenia narządu należy dążyć do postępowania nieoperacyjnego. Jedną z metod poprawiającą wyniki leczenia nieoperacyjnego jest embolizacja tętnicy śledzionowej

Słowa kluczowe: obrażenia śledziony, embolizacja tętnicy śledzionowej.

Oddział chirurgiczny – casus

W-00028

POWIKŁANA CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA U 20-LETNIEGO MĘŻCZYZNY

Artur Szczepanek, Andrzej Milewski

Oddział Chirurgiczny, SPZOZ w Krotoszynie

STRESZCZENIE

Wstęp: Praca przedstawia przypadek 20-letniego pacjenta z chorobą Leśniowskiego-Crohna (ChLC). Chory przyjęty z ropniem zaotrzewnowym wychodzącym z zajętej kątnicy, penetrującym do prawego stawu biodrowego.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie wpływu procesów ropnych w przebiegu ChLC na zmiany degeneracyjne w innych układach, m.in. w układzie kostno-stawowym (w opisywanym przypadku zmiany zwyrodnieniowe w obrębie prawego stawu biodrowego i prawego mięśnia biodrowo-łędźwiowego z dużym przykurczem zgięciowym prawej kończyny dolnej).

Materiał i metody: Wystąpienie obrazuje przebieg wieloetapowego leczenia operacyjnego chorego i długotrwały proces terapii zachowawczej procesów chorobowych w układzie pokarmowym i układzie narządu ruchu.

W

Wyniki: Uzyskano wyleczenie zmian ropnych w obrębie jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej oraz cofnięcie zmian degeneracyjnych w stawie biodrowym i mięśni biodrowo-łędźwiowym prawym umożliwiające poruszanie się chorego bez kul łokciowych.

Wnioski:

1. Choroba Leśniowskiego-Crohna może przebiegać nie tylko z towarzyszącymi objawami stawowymi, lecz także w wyniku procesów zapalnych bezpośrednio powodować zmiany zapalne, zwyrodnieniowe lub ropne struktur stawowych i mięśni.
2. Warunkiem powstrzymania procesów degeneracyjnych jest wyeliminowanie procesu zapalnego przez odpowiednie działania chirurgiczne.
3. Ważne w procesie leczenia ChLC jest wczesne rozpoznanie.

Słowa kluczowe: przetoka jelitowa, ropień przestrzeni zaotrzewnowej, zapalenie stawu biodrowego.

W-00051

NIECODZIENNY PRZYPADEK DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZY – SCHWANNOMA ŻOŁĄDKA

Ewelina Frejlich¹, Julia Rudno-Rudzińska¹, Agnieszka Hałoń², Wojciech Kielan¹, Zygmunt Grzebieniak¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

²Zakład Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Schwannoma jest rzadkim, zwykle łagodnym, wolno rosnącym, bezobjawowym nowotworem mezenchymalnym wywodzącym się z komórek nerwowych. W obrębie przewodu pokarmowego występuje głównie w żołądku i stanowi ok. 0,2% wszystkich guzów żołądka.

Cel: Prezentujemy przypadek 44-letniego mężczyzny przyjętego do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu celem leczenia podśluzówkowego guza żołądka wykrytego w gastroskopii, endoskopowej ultrasonografii i tomografii komputerowej.

Materiał i metody: Guz został wykryty u pacjenta bez objawów klinicznych w czasie rutynowej gastroskopii, a w badaniu histopatologicznym pobranych w czasie badania endoskopowego wycinków nie stwierdzono komórek nowotworowych i wysunięto podejrzenie GIST. W tomografii komputerowej jamy brzusznej potwierdzono obecność ok. 5 cm guza żołądka oraz powiększone węzły chłonne wewnątrzbrzuszne. Obraz w endoskopowej ultrasonografii wskazywał na zmianę śródścienną. Ze względu na ryzyko nowotworu pacjenta skierowano na oddział chirurgiczny celem dalszego leczenia. Wobec powyższego wykonano subtotalną resekcję żołądka z zespoleniem BII. W okresie około- i pooperacyjnym nie obserwowano powikłań.

Wyniki: Badanie histopatologiczne usuniętej zmiany wykazało typową morfologię i immunofenotyp komórek guza, obejmujący dodatnią reakcją na białko S-100 oraz ujemną reakcją na CD117, CD34 oraz aktywną mięśni gładkich (SMA). Cechy histopatologiczne i immunohistochemiczne odpowiadają rozpoznaniu schwannoma żołądka. Węzły chłonne pobrane w czasie zabiegu operacyjnego wykazywały natomiast jedynie reaktywne zmiany zapalne bez cech komórek nowotworowych.

Wnioski: 10 miesięcy po zabiegu operacyjnym pacjent nie zgłasza jakichkolwiek dolegliwości, ale ze względu na pojedyncze doniesienia o złośliwości zmian typu schwannoma zlokalizowanych w obrębie przewodu pokarmowego planowana jest dalsza obserwacja. Przypadek ten podkreśla znaczenie schwannoma w diagnostyce różnicowej wykrywanych w badaniach obrazowych zmian podśluzówkowych żołądka.

Słowa kluczowe: schwannoma, żołądek, guz podśluzówkowy, GIST.

Sesja Sekcji Żywienia Poza- i Dojelitowego – Interwencja metaboliczna w trudnych sytuacjach klinicznych w chirurgii

W-00098

ROLA ŻYWIENIA KLINICZNEGO W LECZENIU CHOREGO Z POSOCZNICĄ**Stanisław Kłęk**

Szpital Specjalistyczny im. Stanley Dudricka

STRESZCZENIE

Wstęp: Sepsa jest jednym z najcięższych schorzeń, które zdarzają się w chirurgii. W codziennej praktyce chirurgicznej może stanowić problem medyczny, który będzie przyczyną przyjęcia pacjenta do oddziału albo może być powikłaniem zastosowanego leczenia.

Cel: Sepsie zawsze towarzyszy złożona odpowiedź metaboliczna, której przebieg warunkuje przeżycie. Jest ona niezbędna, ale towarzyszy jej nasilony katabolizm i zawsze odbywa się kosztem utraty białek organizmu. Leczenie żywieniowe może skompensować ujemny bilans energetyczny i białkowy, ale nie może całkowicie odwrócić katabolizmu w tkankach obwodowych. Podczas leczenia sepsy możliwe jest użycie specjalnych składników przyspieszających zdrowienie i łagodzących niektóre zmiany metaboliczne.

Materiał i metody: Pomimo wielu doniesień naukowych ustalenie wytycznych żywienia klinicznego w tym rodzaju schorzenia jest bardzo trudne, głównie z powodu braku wartościowych badań klinicznych.

Wyniki: Opublikowane w 2013 r. wytyczne *Surviving the Sepsis Campaign 2013* zalecają użycie jedynie żywienia dojelitowego w postaci doustnej lub poprzez dostęp sztuczny w ciągu pierwszych 48 godzin od rozpoznania ciężkiej sepsy, unikanie żywienia pokrywającego pełne zapotrzebowanie w pierwszym tygodniu od przyjęcia oraz unikanie całkowitego żywienia pozajelitowego. Co więcej, nie jest zalecane stosowanie preparatów immunomodulujących.

Wnioski: Stanowisko ekspertów pokazuje, jak trudne jest określenie jednoznacznych zasad postępowania w przypadku żywienia w sepsie. Bez wątplenia konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań klinicznych.

Słowa kluczowe: żywienie, żywienie pozajelitowe, żywienie dojelitowe.

W-00071

ŻYWIENIE CHOREGO Z PRZETOKĄ DWUNASTNICZĄ**Piotr Paluszkiwicz**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

STRESZCZENIE

Wstęp: Przetoka dwunastnicy jest odmianą wysokiej przetoki przewodu pokarmowego charakteryzującą się szybko narastającymi zaburzeniami ogólnoustrojowymi. W zależności od etiologii i morfologii przetoki oraz dynamiki narastania zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, kwasowo-zasadowej i białkowo-energetycznej, śmiertelność u chorych z przetoką dwunastnicy może sięgać 80%. Wystąpienie przetoki dwunastnicy znacznie podnosi całkowite koszty leczenia chorych i wydłuża czas hospitalizacji.

Cel: Celem prezentacji jest przedstawienie złożonych algorytmów postępowania z chorymi, u których rozpoznano przetokę dwunastnicy, oraz omówienie przyczyn niepowodzeń leczenia. Dodatkowym celem jest wskazanie mniej znanych czynników ryzyka rozwoju przetoki, związanych z techniką chirurgiczną uszkodzeń bądź patologii części D3-4 dwunastnicy.

Materiał i metody: Na podstawie własnych doświadczeń i analizy niepowodzeń leczenia chorych z przetoką dwunastnicy ustalono wewnętrzne protokoły postępowania terapeutycznego. Obszar algorytmu objął oryginalne rozwiązania chirurgiczne oraz złożoną terapię nieoperacyjną chorych z przetokami dwunastnicy o różnej etiologii. Szczególną uwagę zwrócono na opiekę metaboliczną, stosowane żywienie kliniczne oraz stosowane techniki chirurgiczne wykorzystywane w zapobieganiu wystąpieniu przetoki i w leczeniu chorych z przetoką dwunastnicy.

Wyniki: Wykazano wysoką wartość terapeutyczną reinfuzji treści uzyskanej z przetoki do światła przewodu pokarmowego, łączonej z ży-



wieniem do przewodu pokarmowego, w opanowywaniu ostrych zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Przedstawiono różne sposoby rozwiązań operacyjnych w leczeniu chorych z przetoką dwunastnicy umożliwiające podjęcie złożonej terapii regulującej zaburzenia wodno-elektrolitowe, kwasowo-zasadowe i białkowo-energetyczne.

Wnioski: Na podstawie przedstawionych danych, z uwzględnieniem przeglądu piśmiennictwa, wskazano na przydatność stosowania wewnętrznych protokołów postępowania terapeutycznego z chorymi, u których rozpoznano przetokę dwunastnicy. Usystematyzowanie leczenia, wielodyscyplinarność terapii i podejmowanie złożonych decyzji terapeutycznych daje możliwość znacznej poprawy uzyskiwanych wyników leczenia chorych z przetokami dwunastnicy.

Słowa kluczowe: przetoka jelitowa, powikłania pooperacyjne, leczenie żywieniowe, sepsa.

W-00100

ŻYWIENIE CHOREGO Z CIĘŻKIM MARTWICZYM ZAPALENIEM TRZUSTKI

Włodzimierz Cebulski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Ciężkie martwicze zapalenie trzustki (CTSI > 7 pkt, Ranson > 3 pkt, APACHE II > 8 pkt) jest chorobą dynamiczną, charakteryzującą się znacznymi zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej, równowagi kwasowo-zasadowej oraz olbrzymim katabolizmem białek.

Współczesne leczenie OZT o ciężkim przebiegu obejmuje: intensywną płynoterapię, profilaktyczną antybiotykoterapię (?), leczenie żywieniowe, zabiegi maoinwazyjne, leczenie operacyjne w przypadku wystąpienia powikłań septycznych.

Celem leczenia żywieniowego jest: zmniejszenie utraty masy mięśni i ujemnego bilansu azotowego; utrzymanie czynności wątroby, układu immunologicznego oraz mięśni; modyfikacja zmian metabolicznych poprzez stosowanie odpowiednich substratów; zapobieganie występowaniu zjawiska translokacji bakteryjnej (utrzymanie integralności błony śluzowej jelit) prowadzącej do wystąpienia powikłań septycznych.

Według zaleceń ESPEN z 2006 i 2009 r. interwencja metaboliczna u chorych z OZT o ciężkim przebiegu powinna być oparta na żywieniu dojelitowym poprzez zgłębnik wprowadzony za więzadło Treitza. Podaż diety przemysłowej do światła przewodu pokarmowego powinna być rozpoczęta tak szybko, jak to jest możliwe. W przypadku braku możliwości pokrycia zapotrzebowania białkowo-kalorycznego drogą przewodu pokarmowego należy dodatkowo rozważyć jednoczesne żywienie drogą pozajelitową. W grupie chorych z towarzyszącymi objawami niewydolności jedno- lub wielonarządowej wprowadzenie żywienia dojelitowego jest trudne, a czasami niemożliwe z powodu nasilenia objawów niewydolności układu pokarmowego.

Żywienie pozajelitowe jest w tym przypadku postępowaniem z wyboru. Chorzy z ciężką postacią OZT wymagają ścisłego nadzoru laboratoryjnego w celu uniknięcia zaburzeń metabolicznych związanych m.in. z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej i tłuszczowej.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, żywienie pozajelitowe.

W-00060

INTERWENCJA METABOLICZNA W TRUDNYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH – ŻYWIENIE CHORYCH Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO

Maciej Słodkowski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Leczenie żywieniowe jest jednym z elementów kompleksowego postępowania w chirurgii nowotworów przewodu pokarmowego.

W związku z naturą kacheksji i podłożem zapalnym wyniszczenia prosta interwencja żywieniowa jest często nieskuteczna.

Cel: Wskazaniem do interwencji żywieniowej w okresie okołoperacyjnym jest wyniszczenie nowotworowe i wystąpienie powikłań.

Materiał i metody: Odsetek występowania kacheksji nowotworowej w raku trzustki i raku żołądka sięga 83%. Natura kacheksji nowotworowej jest wielowarstwowa. W etiopatogenezie kacheksji biorą udział zarówno substancje wydzielane przez guz, jak i wzajemna reakcja pomiędzy organizmem gospodarza a nowotworem. Cytokiny, hormony i substancje biologicznie czynne wydzielane przez guz mają wpływ na metabolizm i funkcje narządów i układów, w tym układu immunologicznego. Objawy kliniczne, takie jak anoreksja, obrzęki, osłabienie i upośledzenie jakości życia, są wynikiem głębokich zaburzeń metabolicznych w przebiegu choroby nowotworowej. Potencjalne czynniki wyniszczenia nowotworowego to cytokiny prozapalne, zaburzenia równowagi produkcji cytokin przeciwzapalnych oraz czynniki lipolityczne i proteolityczne wydzielane przez guz.

Wyniki: Upośledzenie czynności immunologicznych ustroju w przebiegu kacheksji jest przyczyną wzrostu częstości występowania powikłań infekcyjnych u chorych operowanych z powodu nowotworu.

Wnioski: Dlatego też zaleca się modyfikacje mieszanin odżywczych stosowanych w żywieniu pozajelitowym i dojelitowym, tak aby zablokować działanie prozapalnych czynników, zwłaszcza cytokin. Chorzy z ciężkim ryzykiem żywieniowym (utrata masy ciała 10–15%, BMI < 18,8 kg/m², stopień C wg skali SGA, stężenie albumin w surowicy < 30 g/l) wymagają przygotowania leczeniem żywieniowym do operacji, nawet jeśli jest to jedyna przyczyna odroczenia zabiegu. We wszystkich przypadkach, gdzie jest to możliwe, stosuje się żywienie dojelitowe, przy braku dostępu do przewodu pokarmowego – żywienie pozajelitowe, a często także kombinację obu metod. Leczenie żywieniowe wpływa na zmniejszenie katabolizmu i wspomaganie procesów zdrowienia po operacji. W żywieniu pozajelitowym chorych z nowotworami stosuje się substancje immunologicznie czynne, takie jak omega-3 kwasy tłuszczowe.

Słowa kluczowe: leczenie żywieniowe, nowotwory, chirurgia onkologiczna.

W-00055

POWIKŁANIA W DOJELITOWYM ŻYWIENIU DOMOWYM

Henryk Komoń¹, Piotr Sienkiewicz¹, Katarzyna Jodełka²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.

²Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.

STRESZCZENIE

Wstęp: Żywienie drogą przewodu pokarmowego stanowi formę żywienia klinicznego prowadzoną w warunkach domowych u coraz większej grupy pacjentów. W porównaniu z żywieniem pozajelitowym jest ono bezpieczniejszą formą terapii, wykorzystującą fizjologiczną drogę pasażu treści pokarmowej i związaną z mniejszymi kosztami.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w żywieniu dojelitowym chorych w warunkach domowych, ze zwróceniem uwagi na występujące powikłania.

Materiał i metody: W okresie od 1.07.2009 r. do 30.06.2013 r. zakwalifikowano do domowego żywienia enteralnego 168 chorych. Byli to przede wszystkim pacjenci z dysfagią neurogenną (64%) oraz powstałą na podłożu nowotworowym (34%). Dokonano analizy leczonych chorych pod kątem płci, wieku, wskazań do terapii żywieniowej, uzyskanego dostępu do przewodu pokarmowego, stosowanej diety, czasu trwania oraz przyczyn zakończenia leczenia. Szczegółowo omówiono obserwowane powikłania. Najczęściej wykorzystywanym dostępem do przewodu pokarmowego była przetoka odżywcza wykonana przy użyciu endoskopu. W żywieniu wykorzystywano głównie polimeryczne i oligomeryczne diety przemysłowe. W przypadku występujących zaburzeń fizjologicznych czynności jelit stosowano diety przemysłowe zawierające błonnik. Powikłania żywienia dojelitowego przedstawiono w oparciu o przyjęty ich podział na: pokarmowe, mechaniczne, metaboliczne, septyczne.

Wyniki: Najczęściej obserwowano powikłania ze strony przewodu pokarmowego (28% leczonych chorych), co wymagało modyfikacji sposobu podawania oraz zmiany rodzaju diety. Konieczność ponownej hospitalizacji wystąpiła u 18 pacjentów (11%). Związana była ona głównie z zakażeniem tkanek powłoki brzusznej wokół przetoki odżywczej, co wynikało najczęściej ze stosowania niewłaściwych zgłębników gastrost-

W

mijnych i techniki ich zakładania. Nie stwierdzono poważnych powikłań metabolicznych. 2 chorych (1,2%) zmarło z powodu powikłań związanych z żywieniem dojelitowym. W grupie tej odnotowano przypadek jatrogennego uszkodzenia jelita cienkiego z następstwami septycznymi.

Wnioski: Żywienie dojelitowe w warunkach domowych jest bezpieczną i na ogół dobrze tolerowaną formą leczenia chorych z dysfagią na podłożu neurogennym i nowotworowym.

Słowa kluczowe: żywienie dojelitowe, wskazania, powikłania.

Skojarzone leczenie chorych na nowotwory przewodu pokarmowego

W-00038

CHIRURGICZNE LECZENIE NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO

Mariusz Frączek^{1,2}, Jacek Sobocki²

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

²Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny SPZOZ

STRESZCZENIE

Wstęp: Mimo ogromnego postępu wiedzy i doświadczeń klinicznych radykalne wycięcie guza pierwotnego pozostaje podstawowym i decydującym elementem umożliwiającym wyleczenie chorego. Jednocześnie w początkach XXI wieku każdy chirurg ma świadomość, że jego działania są jedynie częścią wielospecjalistycznego leczenia, jakiemu poddawany jest chory na nowotwór. Chorzy mogą być zakwalifikowani do: chemioterapii neoadiuwantowej, resekcji guza pierwotnego, chemioterapii adiuwantowej, chirurgicznej resekcji zmian przerzutowych, chemioterapii paliatywnej, chirurgii paliatywnej i innych współczesnych metod leczenia. Chorzy na wczesną postać nowotworu po radykalnej resekcji unikają złożonych systemów leczenia. Mnogość metod stosowana u chorych na raka w stadium uogólnienia prowadzi ostatecznie do próby kompromisu między toksycznością prowadzonego leczenia i jego wynikiem a utrzymaniem optymalnego stanu fizjologicznego organizmu.

Cel: Przedstawienie współczesnych metod chirurgicznego leczenia nowotworów.

Materiał i metody: Na podstawie własnych doświadczeń i danych z piśmiennictwa dokonałem przeglądu metod leczenia nowotworów układu pokarmowego.

Wyniki: Zasięg wycięcia chirurgicznego tkanek i narządów uwarunkowany jest przede wszystkim zaawansowaniem choroby nowotworowej i opiera się o powszechnie przyjęte standardy postępowania leczniczego. Odstępstwa od przyjętych zasad powinny zdarzać się rzadko. Coraz więcej ośrodków wykonuje operacje wycięcia nowotworów technikami laparoskopowymi u wybranych chorych. Już dziś jakość stosowanych urządzeń pozwala na uzyskanie trójwymiarowego obrazu wzbogaconego o elementy niewidoczne gołym okiem, ułatwiając precyzyjne i bezpieczne wykonanie operacji. Jak się wydaje, dalszy rozwój technologiczny armamentarium robotycznego, sposobów sterowania, wizualizacji (systemy 3D) doprowadzi do gwałtownego rozwoju zakresu operacji wykonywanych za pomocą robotów, umożliwiając skuteczne leczenie przy zachowaniu jak najlepszej jakości życia.

Wnioski: Postęp technologii i nauki prowadzi do coraz lepszej diagnostyki i lepszych wyników leczenia. Robotyka jest metodą coraz częściej stosowaną. Rozwój nanotechnologii może zrewolucjonizować metody leczenia w onkologii.

Słowa kluczowe: chirurgia onkologiczna.

W-00040

RADIOCHIRURGIA – CZY MOŻE BYĆ ALTERNATYWĄ DLA CHIRURGII KLASYCZNEJ WYBRANYCH NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO

Mariusz Frączek^{1,2}, Piotr Hevelke², Jacek Sobocki²

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

²Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny SPZOZ

STRESZCZENIE

Wstęp: Stereotaktyczna radiochirurgia jest nieinwazyjną metodą leczenia wykorzystującą zewnętrzne źródła promieniowania oraz zaawansowany system obrazowania i śledzenia przestrzennego zmian poddawanych leczeniu. Dzięki dużej precyzji i zogniskowaniu dawki możliwe stało się niszczenie patologicznych zmian z oszczędzeniem otaczających zdrowych tkanek i narządów.

Cel: Przedstawienie możliwości leczenia nowotworów układu pokarmowego z wykorzystaniem robota CyberKnife oraz wstępna analiza wyników leczenia chorych na guzy wątroby.

Materiał i metody: Analizie poddano 14 chorych z guzami wątroby. Do terapii kwalifikowano tylko chorych, u których nie było możliwości technicznych resekcji guza lub których stan ogólny uniemożliwiał przeprowadzenie operacji. Wykluczeni zostali chorzy, u których stwierdzono inne zmiany poza objętymi napromienianiem guzami w wątrobie. U każdego chorego wszczepiono złote znaczniki w okolicy masy guza, umożliwiając monitorowanie ruchomej oddechowo wątroby. Kontrolne badania stanu ogólnego i badania obrazowe (CT, MRI) przeprowadzono po 3 i po 6 miesiącach.

Wyniki: Pojawiające się stopniowo obiecujące wyniki badań z wykorzystaniem urządzenia m.in. w leczeniu guzów trzustki, prostaty, zmian w płucach, guzów wątroby zachęcają do dalszego rozwijania i wdrażania tej technologii. Na etapie wprowadzania metody szczególne znaczenie ma odpowiednia selekcja chorych. W analizowanym materiale u 9 chorych (64%) uzyskano częściową lub całkowitą odpowiedź (7%).

Wnioski: Wykorzystanie systemu nieinwazyjnej radiochirurgii i stereotaktycznej radioterapii w leczeniu nowotworów układu pokarmowego jest nową metodą leczenia umożliwiającą napromienianie guza optymalną dawką, minimalizując napromienianie zdrowych tkanek. Stosunkowo nieliczne badania, w tym badania własne, wskazują, że pełną lub częściową odpowiedź guzów wątroby na stosowane leczenie osiągnięto u ok. 60–70% chorych. Metoda wymaga dalszych badań. Bardzo obiecującymi są te obejmujące chorych oczekujących na przeszczepienie wątroby. Jeśli zostaną potwierdzone wczesne dane pokazujące porównywalną skuteczność SBRT z radioablacją czy nawet resekcją, ten sposób leczenia może stać się realną alternatywą dla wybranej grupy chorych.

Słowa kluczowe: radiochirurgia, nowotwory układu pokarmowego.

W-00032

DIAGNOSTYKA I TERAPIA FOTODYNAMICZNA W ONKOLOGII – PRZYSZŁOŚĆ CZY RZECZYWISTOŚĆ?

Aleksander Sieroń

Ośrodek Diagnostyki i Terapii Laserowej Nowotworów w Bytomiu, Katedry i Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej SUM w Katowicach

STRESZCZENIE

Diagnostyka fotodynamiczna umożliwia osiągnięcie pięciu podstawowych celów prowadzących do właściwej terapii onkologicznej. Cele te to: wykrycie zmian przednowotworowych, wczesne wykrycie nowotworu, określenie lokalizacji i wielkości wykrytych fotodynamicznie zmian przerzutowych, monitorowanie skuteczności terapii oraz jako cel piąty – wykluczenie złośliwego charakteru guza. Zaletą diagnostyki fotodynamicznej jest jej nieinwazyjność oraz możliwość wielokrotnego powtórzenia. Diagnostyka fotodynamiczna możliwa jest do realizacji metodą autofluorescencyjną, niewymagającą egzogenego fotouczulacza i/lub z użyciem egzogenego fotouczulacza. Terapia fotodynamiczna umożliwia selektywne niszczenie zmian przednowotworowych i nowotworowych i możliwa jest do wykorzystania niezależnie od wcześniej lub później stosowanych innych terapii onkologicznych. Warunkiem prawidłowej terapii fotodynamicznej jest wykorzystanie egzogenego fotouczulacza i wzbudzenie go

światłem o długości fali odpowiadającej pikowi absorpcji fotouczulacza. Terapia fotodynamiczna może być stosowana w warunkach naświetlenia światłem łatwo dostępnych miejsc, do których należy skóra i śluzówki, poprzez wykorzystanie endoskopów do naświetlenia jam ciała oraz poprzez śródtkankowe działanie światła na tkanki, w których doszło do zwiększenia po podaniu fotouczulacza jego stężenia. Ta ostatnia metoda należy do metod, które perspektywnie wydają się nowym kierunkiem terapii fotodynamicznej.

Słowa kluczowe: diagnostyka fotodynamiczna, terapia fotodynamiczna.

W-00091

LECZENIE ŻYWIENIOWE W NOWOTWORACH UKŁADU POKARMOWEGO

Jacek Sobocki, Mariusz Frączek

WSCU św. Anny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Niedożywienie jest stałym elementem obrazu klinicznego pacjentów z chorobami nowotworowymi układu pokarmowego. Pogarsza ono rokowanie i jakość życia pacjentów.

Cel: Celem pracy było przedstawienie doświadczenia ośrodka oraz dokonanie przeglądu piśmiennictwa dotyczącego leczenia żywieniowego pacjentów z chorobami nowotworowymi układu pokarmowego.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu piśmiennictwa z lat 2003–2013 dostępnego w bazie MEDLINE, PubMed oraz Ovid.

Wyniki: W niniejszej pracy przedstawiono zasady leczenia żywieniowego przed- i okołoperacyjnego, w tym diagnostyki niedożywienia, doboru drogi żywienia, doboru składu mieszaniny odżywczej oraz oceny wyników i postępowania w przypadku powikłań. Przedstawiono także zasady leczenia żywieniowego jako niezbędnego elementu leczenia paliatywnego.

Słowa kluczowe: chirurgia, nowotwory, żywienie.

Przepukliny przeponowe – diagnostyka i techniki zaopatrzenia

W-00036

PRZEPUKLINY PRZEPONOWE OKIEM CHIRURGA DZIECIĘCEGO

Wojciech Górecki

Klinika Chirurgii Dziecięcej, Uniwersytet Jagielloński *Collegim Medicum*, Kraków

STRESZCZENIE

Wrodzona przepuklina przeponowa stanowi bardziej zespół wad rozwojowych niż samo przemieszczenie trzewi z jamy brzusznej do klatki piersiowej przez ubytek w przeponie. Elementami stałymi są niedorozwój płuc i nieprawidłowe ułożenie jelit. Mogą współistnieć inne wady rozwojowe pozostałych narządów. Przepuklina przeponowa jest częstym elementem letalnych zespołów genetycznych. O losie dziecka decyduje stopień i rozległość hipoplazji tkanki płucnej, a spektrum prezentacji klinicznej waha się od nieuniknionego zgonu w okresie okołoporodowym do przypadkowego wyrzucia przemieszczenia trzewi po okresie niemowlęcym. Postępy ostatnich lat mogą umożliwić utrzymanie przy życiu najbardziej obciążonych wadą dzieci dzięki zastosowaniu pozaustrojowego utlenowania krwi czy wykonaniu przeszczepu płuc. Prenatalne wykrycie przepukliny przeponowej oraz wątpliwość co do przeżycia spowodowały podejmowanie pierwszych historycznych prób otwartej chirurgii płodu właśnie w tej wadzie. Wykazano również, że czasowa okluzja tchawicy stymuluje rozwój płodowej tkanki płucnej. Duża zmienność klinicznej prezentacji wrodzonej przepukliny przeponowej, niepewne rokowanie i skomplikowane procedury lecznicze spowodowały konieczność indywidualizowania optymalnego postępowania w niemal każdym przypadku tej wady. Współcześnie najbardziej obiecujące wyniki oferuje endoskopowa interwencja prenatalna w wybranych przypadkach, stabilizacja fizjologii noworodka w referencyjnych ośrodkach intensywnej te-

rapii noworodka oraz małoinwazyjne, endoskopowe leczenie operacyjne przepukliny przeponowej.

Słowa kluczowe: wrodzona przepuklina przeponowa.

Torakotomia po urazie

W-00037

OBRAŻENIA SERCA

Piotr Hendzel, Grzegorz Suwalski

Klinika Kardiologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Uszkodzenia klatki piersiowej stanowią przyczynę 20–25% zgonów z powodu urazów w ogóle. Śmiertelność w urazach klatki piersiowej sięga 25–50%. Urazy serca stanowią od 5% do 14% wszystkich urazów klatki piersiowej.

Cel: Celem wykładu jest przedstawienie typów urazów serca oraz algorytmów diagnostycznych i terapeutycznych.

Materiał i metody: Urazy penetrujące: Najczęstszymi urazami penetrującymi klatki piersiowej są rany klute oraz postrzały. W urazach penetrujących klatki piersiowej serce ulega uszkodzeniu w 15–23% przypadków. Najczęściej uszkodzeniu ulega prawa komora (42%), następnie lewa komora (33%), prawy przedsionek (15%). Z kolei lewy przedsionek, ze względu na lokalizację w tylnej części osierdzia oraz topograficzną bliskość kręgosłupa uszkodzeniu ulega najrzadziej – w 6% przypadków. Urazy jatrogenne serca i wielkich naczyń są odmienną grupą i dochodzi do nich najczęściej podczas inwazyjnych zabiegów w kardiologii, radiologii i chirurgii naczyniowej. Urazy powodujące przerwanie ciągłości jam serca szybko prowadzą do wystąpienia ostrej tamponady serca. Wynaczyniona krew zmniejsza możliwość napełniania jam serca poprzez ucisk na prawy i lewy przedsionek. Niemal wszyscy pacjenci po urazach penetrujących klatki piersiowej (w tym po powikłaniach jatrogennych) wymagają interwencji chirurgicznej. Śmiertelność w urazach penetrujących serca i wielkich naczyń w miejscu urazu sięga 80%. Urazy tępe: Urazem tępym serca lub wielkich naczyń klatki piersiowej jest uszkodzenie ich struktury będące skutkiem zadziałania czynnika zewnętrznego. W znaczącej większości przyczyną urazów są wypadki komunikacyjne. Najczęściej uszkodzeniu ulega prawy przedsionek (50%), lewy przedsionek (24%), następnie prawa komora (17%) i lewa komora (9%). Pozostałe dwa mechanizmy to uszkodzenie przez odłamy mostka i rozzerwanie jam serca w wyniku gwałtownego napływu krwi z dolnej części ciała.

Wyniki: Diagnostyka opiera się na wykonaniu zdjęć rentgenowskich, tomografii komputerowej, echokardiografii oraz monitorowaniu elektrokardiograficznym.

Wnioski: Wskazaniem do pilnej interwencji kardiologicznej są tamponada serca, uraz aorty, krwawienie do jamy opłucnej, zator tętnicy płucnej, obecność ciała obcego w klatce piersiowej.

Słowa kluczowe: uraz, tamponada, postrzał, serce.

Sesja Sekcji Chirurgii Endoskopowej

W-00057

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE OBRAZOWANIA WĄSKĄ WIĄZKĄ ŚWIATŁA (NBI) W WYKRYWANIU I RÓZNICOWANIU POLIPÓW JELITA GRUBEGO

Dariusz Kąkol

Szpital Bielański w Warszawie

STRESZCZENIE

Kolonoskopia jest złotym standardem w wykrywaniu polipów i tym samym prewencji raka jelita grubego. Jednak w czasie badania kolonoskopowego część polipów pozostaje niezauważona, co zmniejsza jej skuteczność jako badania przesiewowego i może prowadzić do pojawienia się nowotworu przed kolejnym badaniem. Nie wszystkie polipy jelita grubego są polipami nowotworowymi; małe polipy hiperplastyczne, zwłaszcza te zlokalizowane w esicy i odbytnicy, nie mają znaczenia klinicznego i nie muszą być usuwane. Powstaje potrzeba weryfikacji histo-

W

logicznej tych zmian. Dotąd nie opracowano skutecznej metody makroskopowej oceny rodzaju polipa. Obrazowanie wąskopasmowe (NBI), przez zwiększenie kontrastu obrazu, pozwala lepiej uwidocznić strukturę błony śluzowej i naczyń, co może się przyczynić do zwiększenia wykrywalności polipów oraz poprawienia trafności endoskopowego rozróżnienia rodzaju polipów. W metaanalizach dotychczas przeprowadzonych badań nad użytecznością obrazowania wąskopasmowego w endoskopach Olympus Exera II nie potwierdzono skuteczności tej techniki w zwiększeniu wykrywalności polipów, a publikacje dotyczące różnicowania polipów dały niejednoznaczne rezultaty. Pierwsze badania z zastosowaniem nowego systemu obrazowania wąskopasmowego, wprowadzonego niedawno w nowych endoskopach Olympus Exera III, pozwalają mieć nadzieję, że zwiększy on zarówno wykrywalność polipów jelita grubego, jak i efektywność rozróżniania polipów nowotworowych od nienowotworowych.

Słowa kluczowe: polipy jelita grubego, kolonoskopia, obrazowanie wąskopasmowe.

W-00045

RYZYKO NAWROTÓW POLIPÓW JELITA GRUBEGO PO POLIPEKTOMII

Kazimierz Rembiasz, Michał Pędziwiatr, Maciej Matłok, Andrzej Budzyński, Maciej Stanek, Marcin Migaczewski, Piotr Major, Anna Zub-Pokrowiecka

II Katedra Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

STRESZCZENIE

Wstęp: U niektórych osób po endoskopowej polipektomii stwierdza się nowe gruczolaki, a u pewnego odsetka chorych do rozwoju nowych polipów dochodzi częściej.

Cel: Celem pracy było ustalenie częstości pojawiania się nowych gruczolaków u chorych po endoskopowej polipektomii.

Materiał i metody: Analizowano 73 kobiety i 111 mężczyzn, u których wykonano pełną kolonoskopię z polipektomią przynajmniej jednego gruczolaka jelita grubego, a później wykonano badanie kontrolne. Określono charakterystykę usuniętych pierwotnie gruczolaków oraz zmian wykrytych w badaniu kontrolnym. Następnie analizowano wybrane czynniki ryzyka rozwoju nowych gruczolaków.

Wyniki: Najczęstszy typ pierwotnie usuwanych zmian to gruczolaki cewkowe, z dysplazją średniego stopnia. Średnia wielkość to 9,6 mm, a najczęstsza lokalizacja to esica i odbytnica. Nowe polipy w kontrolnym badaniu stwierdzono u 38% chorych. Były mniejsze (średnio 6,1 mm) i mniej zaawansowane histologicznie. Częściej niż podczas pierwszego badania stwierdzono je w bliższej połowie jelita grubego. Płeć męska, palenie, przyjmowanie statyn, usunięcie wielu gruczolaków, polip w prawej połowie jelita grubego, wielkość powyżej 10 mm, dysplazja wysokiego stopnia lub obecność gruczolaka zaawansowanego są czynnikami ryzyka pojawiania się nowych gruczolaków w kontrolnych badaniach.

Wnioski: Osoby charakteryzujące się wyżej opisanymi parametrami narażone są na częstsze pojawianie się nowych gruczolaków.

Słowa kluczowe: gruczolaki, kolonoskopia, rak jelita grubego, polipektomia.

W-00110

ENDOSKOPOWE LECZENIE POWIKŁAŃ CHIRURGICZNYCH

Aleksander Zajac

I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej CMUJ

STRESZCZENIE

Wstęp: Powikłania po zabiegach chirurgicznych jamy brzusznej wczesne i późne mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia. Wczesne rozpoznanie i leczenie powikłań chirurgicznych to podstawowy czynnik dobrych wyników leczenia powikłań. Powikłania rozpoznaje się w oparciu o stan pacjenta, badania laboratoryjne, badania wizualizacyjne. Część

powikłań kwalifikuje się do leczenia zachowawczego, ale przeważająca większość powikłań chirurgicznych wymaga interwencji zabiegowej – do niedawna klasycznej chirurgicznej. Rozwój chirurgii endoskopowej umożliwił podjęcie prób endoskopowego leczenia części powikłań chirurgicznych.

Cel: Zakres możliwości endoskopowego leczenia powikłań chirurgicznych stale poszerza się dzięki szybkiemu postępowi technologicznemu owocującemu wprowadzaniem nowych generacji sprzętu endoskopowego, dodatkowego oprzyrządowania, co w połączeniu z doświadczeniem i inwencją endoskopisty umożliwia przeprowadzanie coraz bardziej finezyjnych zabiegów endoskopowych, również w zmienionych warunkach anatomicznych.

Materiał i metody: Współczesna endoskopia pozwala na leczenie dosyć szerokiego zakresu powikłań chirurgicznych, takich jak: nieszczelności i rozejścia zespołów, perforacje, krwawienia, uszkodzenia jatrogenne, zwężenia łagodne, zewnętrzne i wewnętrzne przetoki. Stale poszerzają się możliwości leczenia pooperacyjnych wewnątrzbrzusznych przestrzeni płynowych, niezakażonych i zakażonych. W leczeniu powikłań pooperacyjnych w zakresie dróg żółciowych w większości przypadków metody endoskopowe są postępowaniem pierwszoplanowym. Szczególnie wydolne są w leczeniu większości powikłań po transplantacji wątroby.

Wyniki: Możliwości, a także wyniki endoskopowego leczenia powikłań uzależnione są od rodzaju, rozległości, lokalizacji powikłania, ale także od stanu pacjenta, możliwości aparaturowych ośrodka endoskopowego, jak również osobistego doświadczenia endoskopisty w indywidualizacji oceny możliwości i ryzyka postępowania endoskopowego w konkretnych przypadkach.

Wnioski: Skuteczne endoskopowe leczenie powikłań chirurgicznych pozwala na uniknięcie zabiegu operacyjnego, szybszą rehabilitację pooperacyjną, skraca czas i koszty hospitalizacji

Słowa kluczowe: endoskopia, powikłania, leczenie.

W-00090

ENDOSKOPOWE ZABIEGI PALIATYWNE PO OPERACJACH GÓRNEGO ODCINKA UKŁADU POKARMOWEGO

Jacek Sobocki, Mariusz Frączek

WSCU św. Anny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Nawrót choroby nowotworowej po resekcjach przełyku i żołądka z powodu raka prawie zawsze wiąże się z uogólnionym rozsiewem choroby, co wyklucza leczenie radykalne. W obrazie klinicznym dominuje dysfagia, niedożywienie, czasem krwawienie do przewodu pokarmowego.

Cel: Celem pracy było przedstawienie doświadczenia ośrodka oraz dokonanie przeglądu piśmiennictwa dotyczącego paliatywnego leczenia endoskopowego nawrotów miejscowych raka przełyku i żołądka.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu piśmiennictwa z lat 2003–2013 dostępnego z bazy MEDLINE, PubMed oraz Ovid. Dokonano retrospektywnej oceny wyników leczenia endoskopowego pacjentów w ośrodku autorów w latach 2011–2013.

Wyniki: Postępowanie endoskopowe zazwyczaj sprowadza się do udrożnienia zwężenia, wykonania stomii odżywczej lub opanowania krwawienia. W niniejszej pracy przedstawiono możliwości terapeutyczne, zasady i wyniki postępowania paliatywnego.

Słowa kluczowe: endoskopia, nowotwory, paliacja.

W-00092

ENDOSKOPOWE LECZENIE WCZESNEGO RAKA ŻOŁĄDKA W ŚWIETLE POLSKIEGO KONSENSUSU

Krzysztof Zinkiewicz

Klinika Chirurgii Ogólnej w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp: Wraz z rozwojem nowoczesnych technik endoskopowych wzrasta liczba chorych z rozpoznaniem wczesnego raka żołądka. Pacjenci

tacy mogą być skutecznie leczeni za pomocą nowoczesnych technik minimalnie inwazyjnych.

Cel: Celem pracy jest określenie jednoznacznych wskazań do postępowania endoskopowego we wczesnych postaciach raka żołądka.

Materiał i metody: Leczenie endoskopowe może mieć zastosowanie we wczesnym raku żołądka z niskim prawdopodobieństwem przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych – typ 0. Zmiany powinny kwalifikować się do usunięcia w jednym fragmencie. Istnieją dwa rodzaje wskazań do zabiegów endoskopowych: tzw. wskazania bezwzględne, które powinny być traktowane jako metoda leczenia z wyboru, oraz wskazania względne, rozszerzone, zarezerwowane do techniki dysekcji podśluzówkowej, które traktowane są jako postępowanie doświadczalne.

Wyniki: Ocena skuteczności terapeutycznej zabiegu endoskopowego obejmuje zarówno histopatologiczną ocenę usuniętego preparatu pod kątem radykalności, jak i prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów do węzłów chłonnych.

Wnioski: Badania kontrolne po endoskopowej oraz częściowej resekcji z powodu raka wczesnego żołądka. Zaleca się wykonanie kontrolnej gastrokopii według następującego schematu: 3 miesiące po zabiegu, 6 miesięcy po poprzednim badaniu, a następnie w odstępach rocznych do 5 lat po zabiegu. Ponadto zaleca się wykonanie USG i KT jamy brzusznej raz do roku.

Słowa kluczowe: wczesny rak żołądka, endoskopowa dysekcja.

Sesja Polskiego Klubu Koloproktologii

W-00062

PROKTOLOGIA NA OSTRYM DYŻURZE – PROBLEM NIEDOCENIANY

Małgorzata Kołodziejczak

Oddział Chirurgii z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu

STRESZCZENIE

Wstęp: Pacjent z chorobą proktologiczną jest częstym pacjentem na ostrym dyżurze chirurgicznym. Wiodące objawy dotyczące odbytu, które skłaniają pacjenta do zgłoszenia się na ostry dyżur, to ból w odbycie i krwawienie świeżą krwią z odbytu. Inne choroby dotyczące odbytu, z którymi pacjent może zgłosić się na dyżur, to urazy zwieraczy oraz wypadanie odbytnicy. Coraz częściej trafiają też na ostry dyżur chirurgiczny pacjenci z powikłaniami po zabiegach proktologicznych wykonanych poza szpitalem.

Cel: Przedstawienie algorytmów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u pacjenta z ostrą chorobą proktologiczną.

Materiał i metody: Omówione zostaną ważne elementy wywiadu proktologicznego oraz metody diagnostyczne w aspekcie praktycznej dostępności badań na ostrym dyżurze chirurgicznym. Wywiad powinien być przeprowadzony w warunkach intymności, bez obecności osób postronnych. Część ostrych chorób proktologicznych jest możliwa do zdiagnozowania podczas badania *per rectum*. Jeśli ból jest bardzo silny, należy pacjenta zakwalifikować do badania w znieczuleniu. U pacjentów z podejrzeniem ciała obcego w odbytnicy badanie proktologiczne powinno być poprzedzone zdjęciem radiologicznym. Pacjenci z urazem zwieraczy niezależnie od rozległości urazu zawsze powinni być hospitalizowani.

Wyniki: Wyniki leczenia pacjentów z ostrą chorobą proktologiczną w dużym stopniu zależą od szybkiego rozpoznania choroby. Niedocenie nie skali problemu może mieć poważne konsekwencje w postaci powikłań u pacjenta (septycznych czy też funkcjonalnych w postaci nietrzymania gazów i stolca).

Wnioski: Pacjent z ostrą chorobą proktologiczną wymaga szybkiej diagnostyki i często badania w znieczuleniu. Jeśli pacjent nie ma kwalifikacji do hospitalizacji, należy wskazać mu dalszą drogę diagnostyczną.

Słowa kluczowe: ropień odbytu, uraz zwieraczy, ból odbytu.

W-00082

WRZÓD SAMOTNY – JAK LECZYĆ?

Krzysztof Bielecki

Szpital na Solcu, Warszawa

STRESZCZENIE

SRUS (*solitary rectal ulcer syndrome*) jest rzadką chorobą odbytnicy (zapadalność 1–3/100 000/rok). Etiologia nie jest do końca wyjaśniona. Najbardziej prawdopodobna hipoteza to niedokrwienie i martwica miejscowa błony śluzowej odbytnicy w wyniku zaburzeń czynności mięśni dna miednicy, zaburzeń w mechanizmie defekacji (zaparcia, oddawanie stolca z nadmiernym wysiłkiem) oraz częściowego lub pełnościennego wypadania odbytnicy. W rozpoznawaniu zespołu ważne są badanie kliniczne, endoskopia, defekografia, manometria, endorektalne USG, badanie histopatologiczne. Główne objawy kliniczne to krwawienie z odbytu, zaparcia, wysiłkowe oddawanie stolca, nadmierne wydalanie śluzu z kałem, ból w odbycie, wypadanie błony śluzowej lub całej ściany odbytnicy. Rozpoznanie choroby jest trudne i niekiedy trwa 3–5 lat od pojawienia się pierwszych objawów. Zmiany wymagają różnicowania z nowotworem i nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. W leczeniu należy uwzględnić metody zachowawcze (dieta wysokowłóknikowa, leki zmiękczające stolec, wlewki z sucralfate), terapię behawioralną, metody endoskopowe (koagulacja argonowa, wstrzykiwanie do mięśni botuliny). W przypadkach uporczywego krwawienia, zwężenia odbytnicy, pełnościennego wypadania odbytnicy należy rozważyć leczenie chirurgiczne (rektosigmoidektomia, przednia resekcja odbytnicy, kroczoza rektosigmoidektomia, mukozektomia sposobem Delorme). Wyniki leczenia są trudne do przewidzenia. Rokowanie co do nawrotów choroby niepewne.

Słowa kluczowe: samotny wrzód.

Powikłania po operacjach małoinwazyjnych

W-00089

POWIKŁANIA PO LAPAROSKOPOWYCH OPERACJACH BARIATRYCZNYCH

Mariusz Wyleżół

Klinika Chirurgii, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Chirurgia bariatryczna jest współcześnie jedyną skuteczną metodą leczenia chorych z otyłością olbrzymią. W Polsce u ok. 1,5 mln chorych stwierdza się wskazania do leczenia operacyjnego otyłości. Jednocześnie liczba wykonywanych rocznie operacji nie przekracza 1,5 tys. Dysproporcja pomiędzy niewielką liczbą przeprowadzanych operacji a liczbą chorych wymagających leczenia bariatrycznego przyczynia się do nadumieralności w tej grupie chorych. Rocznie ok. 5 tys. pacjentów z otyłością olbrzymią umiera w wyniku niewłaściwego leczenia, nieuwzględniającego roli współczesnej chirurgii bariatrycznej.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie możliwych powikłań wczesnych i odległych wykonywanych współcześnie operacji bariatrycznych oraz podstawowych zasad postępowania w ośrodkach ogólnochirurgicznych, które nie specjalizują się w wykonywaniu tego typu operacji.

Materiał i metody: Przegląd piśmiennictwa i wytycznych towarzystw naukowych z uwzględnieniem doświadczenia własnego i organizacji opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Wyniki: Wprowadzenie techniki laparoskopowej przed kilkunastu laty w chirurgii bariatrycznej miało przełomowy charakter – zwiększyło bezpieczeństwo leczenia chirurgicznego chorych z otyłością. Ponadto korzystny efekt estetyczny i minimalizacja bólu pooperacyjnego zwiększyły akceptację wśród chorych dla tej metody leczenia. Obecnie na świecie wykonuje się rocznie ok. 300 tys. tego typu operacji. Należy jednak pamiętać, że technika laparoskopowa i brak urazu powłoki brzusznej mogą się przyczyniać do maskowania powikłań rozwijających się w okresie pooperacyjnym, a także do częstszego występowania takich powikłań odległych, jak na przykład przepukliny wewnątrzbrzuszne. Niejednokrotnie jedyną kliniczną przesłanką rozwijającego się powikłania może być przyspieszona akcja serca w okresie wczesnym czy też niepozorne, ale nawracające bóle brzucha w okresie odległym.

W

Wnioski: Wnikliwie przeprowadzone badanie przez lekarza udzielającego pierwszej pomocy w ramach ostrego dyżuru chirurgicznego może mieć kluczowe znaczenie dla uratowania życia choremu, podobnie jak niekorzystną rolę może odegrać zwleknięcie z udzieleniem pomocy w wyniku odsyłania chorego do ośrodka bariatrycznego.

Słowa kluczowe: otyłość olbrzymia, chirurgia bariatryczna, laparoscopia, powikłania pooperacyjne.

W-00070

MOŻLIWOŚCI POWIKŁAŃ W CHIRURGII ROBOTOWEJ

Wojciech Witkiewicz, Marek Zawadzki

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Robot należy do najnowszych osiągnięć technologii medycznej XXI wieku stosowanych w chirurgii. W roku 2012 na świecie działało 2400 konsol robotowych, ponad 1600 w USA i blisko 400 w Europie. Robotyka wnosi nową jakość do chirurgii małoinwazyjnej, ale również może prowadzić do „nowego rodzaju” śródoperacyjnych powikłań. Uszkodzenia tkanek w mechanizmie nadmiernego pociągania lub ich oparzenia zostały opisane w literaturze w trakcie początkowej fazy krzywej uczenia się chirurgów.

Cel: Celem badania jest analiza powikłań okołoperacyjnych po operacjach robotowych wykonanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu (WSSK).

Materiał i metody: W okresie od grudnia 2010 r. do czerwca 2013 r. w WSSK wykonano łącznie 120 operacji z zastosowaniem robota. Do najczęściej wykonywanych należały radykalne prostatektomie (RALP) (n = 38) i operacje resekcyjne jelita grubego z powodu raka jelita (CRR) (n = 25). W niniejszej pracy wymienioną grupę pacjentów (n = 63) poddano retrospektywnej analizie z uwzględnieniem powikłań śród- i pooperacyjnych.

Wyniki: W grupie pacjentów poddanych operacji RALP wykonano 1 konwersję do operacji otwartej (2,6%). U 2 pacjentów doszło do śródoperacyjnego uszkodzenia ściany pęcherza moczowego, które w obu przypadkach zostało zaopatrzone w trakcie pierwotnej operacji. Najczęstszym wczesnym powikłaniem była nieszczelność zespolenia cewkowo-pęcherzowego, która wystąpiła w 5 przypadkach (13%). Krwawienie w okresie pooperacyjnym wystąpiło u 3 pacjentów, w 1 przypadku wymagało reoperacji. W grupie pacjentów poddanych CRR konwersję do operacji otwartej wykonano w 3 przypadkach (12%). Resekcję R0 uzyskano u 24 pacjentów. W jednym przypadku zaawansowanego raka odbytnicy (T4) uzyskano dodatni margines okrzęzny. Dwóch pacjentów wymagało reoperacji: z powodu niedrożności jelita cienkiego oraz przetoki odbytniczo-pochwowej.

Wnioski: Wyniki pierwszych polskich operacji z asystą robota da Vinci nie odbiegają od wyników publikowanych w światowej literaturze i potwierdzają bezpieczeństwo tej technologii. Pomimo początkowej fazy krzywej uczenia się naszego zespołu obserwowana liczba powikłań śród- i pooperacyjnych była porównywalna do powikłań po zabiegach wykonywanych techniką klasyczną i laparoskopową.

Słowa kluczowe: chirurgia małoinwazyjna, laparoscopia, chirurgia robotowa.

Chirurgia trzustki

O-00008

DORAŻNA PANKREATODUODENEKTOMIA W LECZENIU KRWOTOKU Z GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO**Maciej Słodkowski, Mieczysław Jankowski, Waldemar Pawłowski, Marek Wroński, Marek Olewiński**

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Pankreatoduodenektomia wykonywana z powodu guzów głowy trzustki jest zabiegiem obciążonym wysokim ryzykiem powikłań pooperacyjnych sięgającym 50% chorych i śmiertelności do 5%. Operacja ta wykonywana jest doraźnie w leczeniu urazów trzustki i dwunastnicy, natomiast niezmiernie rzadko z innych wskazań, takich jak krwotok z górnego odcinka przewodu pokarmowego w przebiegu guza trzustki/brodawki Vatera.

Cel: Ocena wyników bezpośrednich pankreatoduodenektomii wykonywanej ze wskazań nagłych z powodu krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego w przebiegu guza trzustki/brodawki Vatera.

Materiał i metody: W latach 2004–2013 (10 lat) wykonano pankreatoduodenektomie ze wskazań doraźnych innych niż pourazowe u 3 chorych – 2 K i 1 M w wieku od 67 do 74 lat. Wskazaniem był krwotok z górnego odcinka przewodu pokarmowego po nieskutecznej próbie leczenia endoskopowego. Przyczyną krwawienia były guzy głowy trzustki/bańki wątrobowo-dwunastniczej.

Wyniki: Wykonano zabieg radykalny onkologicznie u 2 chorych, a u jednej chorej paliatywną PDT z powodu rozległego naciekania naczyń krezki. U wszystkich chorych badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie gruczolakoraka w stopniach zaawansowania odpowiednio: pT3N1R0, pT3N0R0 i pT4N1R2. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany u jednej chorej, jeden chory wymagał reoperacji i resekcji całkowitej trzustki w 3. dobie z dalszym niepowikłanym przebiegiem, natomiast u chorej po paliatywnej PDT wystąpiła przetoka żółciowa leczona zachowawczo. Nie odnotowano zgonów.

Wnioski:

1. Pankreatoduodenektomia wykonywana ze wskazań nagłych niesie za sobą akceptowalną chorobowość, z zachowaną radykalnością onkologiczną.
2. W wybranych przypadkach jest jedyną metodą opanowania krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Słowa kluczowe: pankreatoduodenektomia, krwawienie z przewodu pokarmowego, operacja doraźna.

ABSTRACT

Introduction: Pancreaticoduodenectomy in the operative treatment of pancreatic and periampullary neoplasm remains the procedure of high morbidity (up to 50%) and mortality up to 5%. This kind of surgery is an emergency procedure in the treatment of severe duodenal or pancreatic injury but is performed very rarely as treatment of severe upper GI bleeding in the course of pancreatic/periampullary neoplasms.

Purpose: To assess the immediate results of pancreaticoduodenectomy performed as an urgent surgery in the treatment of massive upper GI haemorrhage, in the course of pancreatic/periampullary neoplasm.

Material and methods: Between 2004 and 2013 (10 years) three patients (1 male and 2 females, aged 67 to 74) underwent pancreaticoduodenectomy as an urgent, not post-traumatic surgery. Severe upper GI haemorrhage in the course of pancreatic/periampullary tumor was the indication for the procedure in all three cases. Previous endoscopic treatment was unsuccessful.

Results: Radical pancreaticoduodenectomy with clear oncological margins was performed in 2 patients and palliative resection was performed in one female patient because of vast infiltration of mesenteric vessels. In all 3 patients the pathology report revealed adenocarcinoma at the advancement level of pT3N1R0, pT3N0R0 and pT4N1R2 respectively, according to TNM classification. The postoperative course was uneventful in one patient, the second patient required reoperation and removal of pancreatic stump 3 days after primary resection with uneventful course thereafter, and the third patient developed biliary fistula after palliative resection which responded well to conservative treatment. No deaths were recorded.

Conclusions:

1. Pancreaticoduodenectomy as an urgent surgery could be performed relatively safely in an experienced centre and allows for the achievement of oncological clearance.
 2. In some cases it is the only method of treatment of severe upper GI haemorrhage in the course of pancreatic/periampullary tumors.
- Key words:** pancreaticoduodenectomy, upper GI bleeding, urgent surgery.

O-00185

WPŁYW NADWAGI NA WYNIKI OPERACYJNEGO LECZENIA CHOROÓB TRZUSTKI I OKOLICY OKOŁOBRODAWKOWEJ**Marek Sierżęga, Tomasz Kowalczyk, Jan Kulig**I Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum*, Kraków**STRESZCZENIE**

Wstęp: Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na zwiększone ryzyko zabiegów operacyjnych w obrębie układu pokarmowego u chorych z nadwagą. Opisano również związek między występowaniem nadwagi i rokowaniem chorych na nowotwory układu pokarmowego.

Cel: Celem badania była ocena wpływu nadwagi na wczesne i odległe wyniki leczenia w populacji chorych poddawanych zabiegom resekcji trzustki z powodu przewlekłych schorzeń.

Materiał i metody: Dokonano analizy wyników leczenia 709 chorych operowanych w okresie od 1995 do 2011 r. z powodu przewlekłych schorzeń trzustki i okolicy okołobrodawkowej, włączając raka trzustki (n = 300) i bańki wątrobowo-dwunastniczej (n = 150). Nadwagę zdefiniowano jako wskaźnik masy ciała (BMI) wynoszący 25 kg/m² lub więcej.

Wyniki: Mediana BMI wynosiła 23,7 (rozstęp międzykwartylowy 21,2–26,5), a nadwagę stwierdzono u 126 z 709 (18%) chorych. Odsetek powikłań pooperacyjnych ogółem wyniósł 46% (326 z 709 chorych), a powikłań chirurgicznych i systemowych odpowiednio 31% i 27%. U osób z podwyższonym BMI stwierdzono wyższy odsetek chorobowości pooperacyjnej ogółem i powikłań chirurgicznych. Nie odnotowano jednak zwiększonej częstości powikłań systemowych i śmiertelności. U chorych na raka trzustki i brodawki Vatera nie stwierdzono związku BMI ze stopniem zaawansowania nowotworu ani czasem przeżycia.

Wnioski: Nadwaga wiąże się z podwyższonym ryzykiem powikłań po zabiegach resekcji trzustki, ale nie wpływa na rokowanie u chorych operowanych z powodu nowotworów.

Słowa kluczowe: chirurgia trzustki, nadwaga, wskaźnik masy ciała, powikłania pooperacyjne, rokowanie.

ABSTRACT

Introduction: Recent epidemiological data suggest that excess body weight is associated with an increased risk of gastrointestinal surgery. Moreover, some previous studies suggesting that overweight may influence the oncological outcomes of patients with gastrointestinal cancers.

Purpose: We sought to analyze the impact of obesity on the postoperative and long-term outcomes in a population of patients subject to pancreatic resections.

Material and methods: From 1995 to 2011, 709 patients underwent pancreatic resections for primary pancreatic and periampullary pathologies, including pancreatic (n = 300) and ampullary (n = 150) cancers. Overweight was defined as a body mass index (BMI) of 25 kg/m² or higher.

Results: The median BMI was 23.7 (interquartile range 21.2–26.5) and 126 of 709 (18%) patients were overweight. The overall morbidity rate was 46% (326 of 709 patients) with surgical and non-surgical complications diagnosed in 31% and 27% of patients, respectively. Postoperatively, higher BMI was associated with increased rates of overall morbidity and surgical complications. However, general complications and mortality rates were unaffected. Among patients with pancreatic and ampullary cancers, high BMI did not correlate with tumour staging and prognosis.

Conclusions: Overweight increases the risk of postoperative complications after pancreatic resections but has no effect on long-term prognosis of cancer patients.

Key words: pancreatic surgery, overweight, body-mass index, post-operative complications, prognosis.

Chirurgia metaboliczna

O-00044

WARTOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO CHIRURGII BARIATRYCZNEJ W GRUPIE PATOLOGICZNIE OTYŁYCH CHORYCH ZE SCHYŁKOWĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK W CELU OPTIMALIZACJI WARUNKÓW DO PRZESZCZEPIENIA NERKI

Monika Proczko-Markuszczyńska, Monika Proczko, Łukasz Kaska, Jarek Kobiela, Andrzej Jacek Łachiniński

Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Otyłość chorobliwa u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) ma niekorzystny wpływ zarówno na kwalifikację, jak i sam zabieg przeszczepienia nerki. Zabiegi chirurgii metabolicznej udowodniły ich pozytywny wpływ na ustępowanie takich chorób, jak cukrzyca typu 2, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, które są również podłożem PNN. Otyłość chorobliwa jest niewątpliwym czynnikiem ryzyka gorszego przeżycia przeszczepionego narządu oraz samych biorców. Zabiegi chirurgii bariatrycznej mogą znaleźć zastosowanie jako przygotowanie ewentualnego biorcy do przeszczepienia nerki. W dostępnej literaturze coraz częściej można spotkać doniesienia o efektywności i bezpieczeństwie tego typu postępowania w grupie chorych z otyłością patologiczną i schyłkową niewydolnością nerek. Światowe wytyczne dopuszczają leczenie metodami chirurgii bariatrycznej, zarówno przed przeszczepem nerki, jak i już po zabiegu transplantacji.

Celem pracy jest wykazanie zasadności i bezpieczeństwa wykonywania zabiegów bariatrycznych w grupie chorych z otyłością chorobliwą i schyłkową niewydolnością nerek w celu optymalizacji warunków do przeszczepienia nerki.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono wstępne doświadczenia ośrodka związane ze zoperowaniem 5 przewlekle dializowanych chorych z otyłością chorobliwą (BMI > 35 kg/m²). Trzech chorych miało nefropatię cukrzycową, jedna chora nefropatię nadciśnieniową, a ostatni z chorych wielotorbielowość nerek. Wszyscy pacjenci poddani zostali zabiegowi Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) w okresie styczeń 2012 r. – maj 2013 r.

Wyniki: Wszyscy zoperowani chorzy zostali zakwalifikowani jako potencjalni biorcy i znaleźli się na liście Poltransplantu, a dwóch z nich w okresie 5 do 12 miesięcy po RYGB bez powikłań przeszło zabieg przeszczepienia nerki. We wszystkich przypadkach obserwowano poprawę parametrów metabolicznych, w tym regresję cukrzycy typu 2 czy nadciśnienia tętniczego.

Wnioski: Wyniki zoperowania 5 chorych w naszym ośrodku potwierdzają pełne bezpieczeństwo tego typu postępowania w grupie chorych ze schyłkową niewydolnością nerek.

Słowa kluczowe: przewlekła niewydolność nerek, przeszczepienie nerki, otyłość chorobliwa, Roux-en-Y gastric bypass.

ABSTRACT

Introduction: Morbid obesity in patients with chronic renal failure (CRF) has a negative impact both on the classification and renal transplantation. Metabolic surgery procedures have proven their positive impact on the resolution of other diseases such as type 2 diabetes (T2DM), hyperlipidemia, hypertension, which are also a substrate CRF. Morbid obesity is undoubtedly a risk factor for deterioration of graft and recipient survival. Bariatric surgery procedures can be used as a recipient preparation for potential kidney transplantation. In the available literature it is possible to find increasing number of reports about the efficacy and safety of this approach in group of patients with morbid obesity and end stage kidney failure. Global guidelines allow to use methods of bariatric surgery, before kidney transplantation, as well as after the transplant operation.

The aim of the study was to demonstrate the validity and safety of the bariatric procedures in patients with morbid obesity and end stage renal disease in order to optimize the conditions for renal transplantation.

Material and methods: This study presents preliminary experience associated with operating 5 chronically dialysed morbidly obese patients (BMI > 35 kg/m²). 3 patients had diabetic nephropathy, one patient hypertensive nephropathy and the last one had polycystic kidneys. All patients had undergone Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) during the period January 2012 – May 2013.

Results: All operated patients had been finally qualified as a potential recipients and were included at the Poltransplant list. Two of them in period of 5-12 months after RYGB have undergone not complicated kidney transplantation. In all cases an improvement of metabolic parameters, including regression of T2DM, or hypertension was observed.

Conclusions: Results of operating these 5 cases at our center has confirmed the complete safety of this type of proceeding in patients with end-stage renal failure.

Key words: chronic renal failure, kidney transplantation, morbid obesity, Roux-en-Y gastric bypass.

O-00040

NIEALKOHOLOWE STŁUSZCZENIOWE ZAPALENIE WĄTROBY U CHORYCH Z OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ KWALIFIKOWANYCH DO OPERACJI BARIATRYCZNEJ

Piotr Kalinowski¹, Bogna Ziarkiewicz-Wróblewska², Rafał Paluszkiwicz¹, Piotr Remiszewski¹, Marek Krawczyk¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, WUM

²Katedra i Zakład Patomorfologii, WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Niealkoholowe stłuszczenie wątroby o różnym nasileniu – od prostego stłuszczenia do niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby – jest jedną z narządowych manifestacji zespołu metabolicznego występującego powszechnie u osób otyłych.

Celem pracy jest ocena częstości występowania i stopnia zaawansowania niealkoholowego stłuszczenia wątroby u chorych operowanych z powodu otyłości patologicznej będących grupą dużego ryzyka chorób metabolicznych.

Materiał i metody: W okresie od kwietnia 2005 r. do maja 2013 r. zbadano wycinki z wątroby pobrane od 201 chorych operowanych z powodu otyłości patologicznej. Preparaty oceniono, stosując skalę zaawansowania niealkoholowego stłuszczenia wątroby (NAFLD Activity Score – NAS) i włóknienia miększu wątroby.

Wyniki: Po wykluczeniu chorych z innymi czynnikami ryzyka uszkodzenia miększu wątroby (zakażenie wirusami hepatotropowymi, alkoholowe stłuszczenie wątroby) stłuszczenie wątroby rozpoznano u 91,8% chorych, natomiast NASH u 50,5% chorych (NAS 5-8). Mediana stopnia stłuszczenia wynosiła 30% (0–80%). Ponadto rozpoznano następujące elementy patologii miększu wątroby związane z NAFLD: zapalenie zrazikowe (odpowiednio stopień I – 29,8%; II – 36,4%; III – 27,3%), zwyrodnienie wodniczkowe (I – 46%; II – 30,1%). Włóknienie w stopniu 1a – 5,4%; 1b – 1%; 1c – 37%; 2 – 7,6%; 3 – 1,1%. Cechy oceniane dodatkowo występowały z następującą częstością: stłuszczenie drobnokropelkowe – 41%; mikrogranuloma – 3%; lipogranuloma – 25%; zapalenie wrotne – 59%; apoptoza – 4%; pigmentowane makrofagi – 3%; megamitochondria – 1%; zwyrodnienie glikogenowe jąder hepatocytów – 42%.

Wnioski: Wśród chorych z otyłością patologiczną stłuszczenie wątroby (NAFLD) jest jedną z najczęściej występujących chorób towarzyszących (> 90%), a u ponad 50% chorych przyjmuje najcięższą postać, czyli NASH.

Słowa kluczowe: niealkoholowe stłuszczenie wątroby, NAFLD, niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby, NASH, zespół metaboliczny, otyłość patologiczna.

ABSTRACT

Introduction: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) of various severity ranging from simple steatosis to nonalcoholic steatohepatitis (NASH) is one of the organ specific manifestations of metabolic syndrome being a common comorbidity in morbidly obese patients.

The aim of the study was to assess prevalence and severity of NAFLD in morbidly obese surgical patients who are at high risk of various metabolic disorders.

Material and methods: Between April 2005 and May 2013 intraoperative liver biopsies were obtained from 201 patients with morbid obesity. Assessment was made according to NAFLD Activity Score (NAS) and separate assessment of fibrosis.

Results: Patients with other risk factors (viral hepatitis, alcoholic liver disease) of chronic liver disease were excluded from analysis. Steatosis was found in 91.8% of patients and NASH in 50.5% of patients (NAS 5-8). Median steatosis was 30% (range 0-80%). The following pathologic features related to NAFLD were observed: lobular inflammation (score I – 29.8%; II – 36.4%; III – 27.3%), ballooning (I – 46%; II – 30.1%). Stage of fibrosis: 1a – 5.4%; 1b – 1%; 1c – 37%; 2 – 7.6%; 3 – 1.1%. Additional features: microvesicular steatosis – 41%; microgranulomas – 3%; lipogranulomas – 25%; portal inflammation – 59%; apoptosis – 4%; pigmented macrophages – 3%; megamitochondria – 1%; glycogenated nuclei – 42%.

Conclusions: NAFLD is one of the most common comorbidities in morbidly obese patients (>90%) and in more than 50% it presents with the most severe form of NASH.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD, non-alcoholic steatohepatitis, NASH, metabolic syndrome, morbid obesity.

Chirurgia małoinwazyjna gruczołów dokrewnych

O-00198

THE LONG-TERM RESULTS OF PARATHYROID ALLOTRANSPLANTATION

Vladimir Khryshchanovich

2 Department of Surgical Diseases, Belarusian State Medical University

ABSTRACT

Purpose: Hypoparathyroidism is a well-known consequence of extensive thyroid and parathyroid surgery. The last therapeutic alternative in severe postsurgical hypoparathyroidism is allotransplantation of macroencapsulated parathyroid cells as an alternative to vitamin D3 and calcium supplementation. With this technique, it is possible to implant cells or tissue of parathyroid origin to replace them in such patients, without immunosuppression. We present the long-term allotransplant activity in 7 patients who had undergone cellular allotransplantation for surgical hypoparathyroidism. Also, a modified technique to prepare parathyroid explants is described for obtaining a new nonimmunogenic cell population.

Material and methods: From December 2010 to November 2011, 7 patients underwent 7 allotransplantations of cultured macroencapsulated parathyroid cells. Mean recipient age was 52 (39-59) years. Donors were selected from patients undergoing parathyroidectomy for primary and secondary hyperparathyroidism.

Results: After cultivation and freezing, the parathyroid cells showed their high secretory activity of parathormone (2927, 5 [1400,5-4847] pg/ml). The viability of cultured cells was 99%. For all patients, the median cellular allograft survival was 3 (1-9) months. In 4 patients (57.1%) the allografts retained their endocrine function for more than 2 months. None of the patients showed clinical symptoms of hyperparathyroidism in the posttransplantation follow-up period.

Conclusions: The present study has shown that in some patients parathyroid cell allotransplantation may be considered a method of treatment for permanent hypoparathyroidism after thyroid surgery. Graft function and/or survival did not depend on the donor age and recipient characteristics. It's necessary to continue investigations for establishing the role of macrocapsule parameters, ABO- and HLA matching in long-term graft survival.

Key words: parathyroid culture, endocrine cells allotransplantation, immunosuppression free, surgical hypoparathyroidism, cell therapy.

Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych

O-00107

ZASTOSOWANIE ZESPOLENIA PRZEWODOWO-PRZEWODOWEGO „KONIEC DO KOŃCA” W CHIRURGICZNYM LECZENIU JATROGENNYCH USZKODZEŃ DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

Beata Jabłońska, Marek Olakowski, Andrzej Lekstan, Zygmunt Górka, Paweł Lampe

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Leczenie jatrogennych uszkodzeń dróg żółciowych (JUDŻ) stanowi istotny problem w chirurgii. W leczeniu JUDŻ początkowo stosowane są techniki zachowawcze polegające na rozszerzeniu i protezowaniu endoskopowym. W przypadku ich nieskuteczności stosowane jest leczenie operacyjne obejmujące różne metody rekonstrukcji dróg żółciowych. Głównym celem leczenia chirurgicznego jest odtworzenie prawidłowego spływu żółci do światła przewodu pokarmowego.

Cel: Celem pracy była analiza retrospektywna wczesnych i odległych wyników leczenia chorych z JUDŻ przy użyciu zespolenia przewodowo-przewodowego „koniec do końca”.

Materiał i metody: W okresie od 1990 r. do 2001 r. leczono operacyjnie 138 chorych z JUDŻ. U 45 chorych (33 kobiety i 12 mężczyzn) wykonano zespolenie przewodowo-przewodowe „koniec do końca”.

Wyniki: Średni czas hospitalizacji wynosił 26,36 ± 11,67 (10–63) dni. Średni czas zabiegu operacyjnego wynosił 4,11 ± 1,20 (2–7,5) godziny. Wczesne powikłania pooperacyjne zaobserwowano u 3 (6,7%) chorych. Chorzy nie wymagali reoperacji (0%). Nie odnotowano zgonu (0%) w okresie pooperacyjnym. Informacje o wynikach odległych uzyskano od 31 (69%) chorych. Odległe wyniki w skali Terblanche'a były następujące: I stopień (bardzo dobry wynik) – 22 chorych, II stopień (dobry wynik) – 2 chorych, III stopień (średni wynik) – 4 chorych, IV stopień (zły wynik, nawrotowe wężenie zespolenia) – 3 chorych. Jakość życia w skali Karnofsky'ego była bardzo dobra (najwyższa liczba 100 punktów) u większości [12 (38,71%)] chorych.

Wnioski: Zespolenie przewodowo-przewodowe może być stosowane jako bardzo skuteczna metoda rekonstrukcji żółciowych u pacjentów z JUDŻ. Jest bardzo bezpieczną rekonstrukcją zapewniającą fizjologiczny spływ żółci do przewodu pokarmowego.

Słowa kluczowe: zespolenie przewodowo-przewodowe, jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych.

ABSTRACT

Introduction: Treatment of iatrogenic bile duct injuries (IBDI) is a major problem in surgery. In the IBDI treatment, initially conservative techniques are used, involving the endoscopic dilatation and insertion of prosthesis. In case of failure, surgical treatment is used, including different methods of biliary reconstruction. The main goal of surgery is to reconstruct proper bile flow into the alimentary tract.

Purpose: The aim of the study was a retrospective analysis of early and long-term results of treatment of patients with IBDI using end-to-end ductal anastomosis.

Material and methods: In the period from 1990 to 2001, 138 patients with IBDI were operated on. In 45 patients (33 women and 12 men), end-to-end ductal anastomosis was used.

Results: Mean duration of hospitalization was 26.36 ± 11.67 (10-63) days. Mean duration of surgery was 4.11 ± 1.20 (2-7.5) hours. Early postoperative complications were observed in 3 (6.7%) patients. The patients did not require reoperation (0%). There was no death (0%) in the postoperative period. Information about the results was obtained from 31 (69%) patients. Long-term results according to Terblanche scale were as follows: clinical grading I (very good result) – 22 patients, clinical grading II (good results) – 2 patients, clinical grading III (fair result) – 4 patients, clinical grading IV (poor result, recurrent anastomotic stricture) – 3 patients. Quality of life according to the Karnofsky scale was very good (the highest number of 100 points) in the majority [12 (38.71%)] patients.

Conclusions: End-to-end ductal anastomosis can be used as a very effective method of biliary reconstruction in patients with IBDI. It is very

safe reconstruction providing physiological bile flow into the alimentary tract.

Key words: end-to-end ductal anastomosis, iatrogenic bile duct injuries.

O

Powikłania po operacjach jelita grubego

O-00188

PRZEDOPERACYJNE POZIOMY SUROWICZE VEGF A POWIKŁANIA RANY U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU NOWOTWORÓW PRZEWODU POKARMOWEGO

PREOPERATIVE VEGF SERUM LEVELS AND WOUND COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL MALIGNANCIES

Antoni Szczepanik¹, Maciej Siedlar², Mirosław Szura¹, Krzysztof Bucki¹, Piotr Kołodziejczyk¹, Jan Kulig¹

¹I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

²Katedra Immunologii Klinicznej i Patologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

STRESZCZENIE

Wstęp: Naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu (VEGF) bierze udział w procesach neoangiogenezy i procesach gojenia.

Celem pracy jest ocena znaczenia przedoperacyjnych poziomów surowiczych VEGF u chorych z nowotworami przewodu pokarmowego, dla gojenia ran operacyjnych.

Materiał i metody: Analizą objęto 96 chorych, w tym 45 chorych z rakiem jelita grubego, 39 z rakiem żołądka i 12 z rakiem trzustki. Średni wiek chorych wynosił 63 lata (SD 11,1). W grupie badanej było 51 kobiet i 45 mężczyzn. Wszyscy chorzy byli poddani leczeniu operacyjnemu drogą laparotomii. Krew do badań pobierano 24–48 godzin przed zabiegiem. Pomiaru dokonano przy użyciu cytofluorometru przepływowego FACSCanto techniką CBA (Cytometric Bead Array) z wykorzystaniem zestawów CBA Flex Set (BD). Oceniano wystąpienia opóźnionego gojenia rany, a w obserwacji odległej występowanie przepuklin brzusznych.

Wyniki: Poziomy surowicze VEGF były wyższe u chorych, u których nie występowały powikłania rany, zarówno w całej grupie, jak i grupach chorych z rakiem jelita grubego i rakiem żołądka. Analiza regresji jedno-wymiarowej wykazała, że niski poziom surowiczy VEGF jest predykatorem powikłań rany w całej grupie chorych ($p = 0,039$). W analizie wielowymiarowej biorącej pod uwagę stopień zaawansowania TNM, wiek chorych i radykalność zabiegu oraz skategoryzowane poziomy surowiczy VEGF potwierdzono znaczenie predykcyjne VEGF ($p = 0,03$). W grupie chorych po przedniej resekcji odbytnicy niski poziom VEGF jest w analizie jedno-wymiarowej czynnikiem predykcyjnym dla występowania przepuklin ($p = 0,049$).

Wnioski: Przedstawione badania potwierdzają rolę VEGF w procesach gojenia ran chirurgicznych.

Słowa kluczowe: VEGF, powikłania rany, nowotwory przewodu pokarmowego.

ABSTRACT

Introduction: Vascular-endothelial growth factor is involved in neoangiogenesis and wound healing processes.

The aim of the study was to assess the influence of preoperative VEGF serum levels on wound healing in patients with gastrointestinal malignancies.

Material and methods: The group of 96 patient was enrolled, including 45 patients with colorectal cancer, 39 with gastric cancer and 12 pancreatic cancer patients. There were 51 women and 45 men. All patients underwent laparotomy. The blood was collected 24-48 hours prior to surgery. VEGF levels were measured with flow cytofluorometer (FACS-Canto) and CBA technique (Cytometric Bead Array). CBA Flex Sets for VEGF (BD) were used. Clinically, delayed wound healing was assessed, and in long term, the occurrence of incisional hernia.

Results: VEGF serum levels were higher in patients without wound complications in the entire group and in patients with colorectal or gastric cancer separately. The univariate analysis revealed that low VEGF serum

level is the predictive factor of wound complications in the entire group. Multivariate analysis with the covariables as: TNM stage, age, resection radicality and categorised VEGF levels confirmed the predictive value of VEGF levels ($p = 0.03$). In patients after anterior rectal resection VEGF level in univariate analysis is the predictive factor of incisional hernia.

Conclusions: The study confirmed the importance of VEGF in surgical wound healing.

Key words: VEGF, wound complications, gastrointestinal malignancies.

Wideotorakoskopia

O-00111

SYMPATEKTOMIA PIERSIOWA W LECZENIU ZABURZEŃ UKŁADU WSPÓŁCZULNEGO – WADY I ZALETY W 7-LETNIM OKRESIE OBSERWACJI

THORACIC SYMPATHECTOMY IN THE TREATMENT OF AUTONOMIC SYSTEM DISTURBANCES – PROS AND CONS IN 7 YEARS OF FOLLOW-UP

Tomasz Stefaniak, Marta Ćwigoń, Monika Proczko, Maciej Kaczor, Łukasz Dobosz

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Metodą współcześnie uważaną za najskuteczniejszą w leczeniu zaburzeń układu współczulnego – nadpotliwości pierwotnej i erytrofobii, jest sympatektomia piersiowa. Nadpotliwość pierwotna jest przewlekłą chorobą układu współczulnego, która w znacznym stopniu upośledza funkcjonowanie psychologiczne i społeczne pacjentów. Fobia społeczna i napadowe czerwienienie się są uważane za relatywnie częsty (5–15%) problem występujący społecznie.

Cel: Celem pracy była ocena wyników odległych operacyjnego leczenia nadpotliwości pierwotnej oraz erytrofobii za pomocą wideotorakoskopowej sympatektomii piersiowej w modyfikacji Lin-Telaranta.

Materiał i metody: Badaniem objęto 292 pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od maja 2006 r. do maja 2013 r. U pacjentów tych wykonano sympatektomię R1/2-2 (erytrofobia, $n = 44$) oraz R3-4 (nadpotliwość, $n = 248$) według klasyfikacji ISSS. Ocenie podlegały subiektywne i obiektywne nasilenie dolegliwości oraz jakość życia (mierzona kwestionariuszami FACIT oraz DLQI). Na podstawie badań kwalifikujących do leczenia operacyjnego zakwalifikowano 83% pacjentów.

Wyniki: Średni czas zabiegu wykonywanego obustronnie wynosił 57 ± 27 minut (25 do 120 minut). Czas hospitalizacji po zabiegu wynosił 1,4 dnia. Czas obserwacji wynosił od 3 miesięcy do 7 lat. Stwierdzono statystycznie znamienne zmniejszenie zarówno subiektywnych, jak i obiektywnych wyznaczników nasilenia choroby oraz znaczne polepszenie jakości życia. Częstość występowania nadpotliwości kompensacyjnej wyniosła 98,4%, w tym silnej lub bardzo silnej – 18,2%. Pierwotny brak wyleczenia stwierdzono u 0,5% pacjentów z nadpotliwością i 45% pacjentów z erytrofobią.

Wnioski: Wideotorakoskopowa sympatektomia piersiowa jest skuteczną metodą leczenia nadpotliwości pierwotnej. W odniesieniu do erytrofobii wyniki nie są równie satysfakcjonujące. Tym samym niezwykle ważną jest wnikliwa i obiektywna procedura kwalifikacyjna wraz ze szczegółową informacją o efektach ubocznych leczenia (nadpotliwość kompensacyjna).

Słowa kluczowe: sympatektomia, wideotorakoskopia.

ABSTRACT

Introduction: Endoscopic thoracic sympathectomy (ETS) is considered as the most effective method of treatment of benign disturbances of sympathetic systems such as primary hyperhidrosis and erythrophobia. Primary hyperhidrosis (PHH) is a chronic disease that significantly impacts psychological and social quality of life of the patients. Social phobia and facial blushing are considered as a relatively frequent (5-15%) problem in the population.

Purpose: The aim of the study was to evaluate the long-term results of the treatment of primary hyperhidrosis and erythrophobia treated with endoscopic thoracic sympathectomy in Lin-Telaranta modification.

Material and methods: The study covered 292 patients operated on in the Department of General, Endocrine and Transplant Surgery in Medical University of Gdansk between May 2006 and May 2013. The patients were treated with R1/2-2 sympathectomy (erythrophobia, n = 44) or R3-4 sympathectomy (PHH, n = 248) according to ISSS classification. The outcome results included: subjective and objective evaluation of the intensity of symptoms and quality of life (measured by FACIT and DLQI questionnaires).

Results: Mean operation time for bilateral procedure was 57 ± 27 minutes (range 25 to 120 minutes). The mean hospitalization time was 1.4 days. The follow-up period ranged from 3 months to 7 years. The significant decrease of both subjective and objective markers of the diseases were proved, as well as a substantial clinical increase in the quality of life. The frequency of compensatory sweating reached 98.4% with 18.2% of strong or very strong intensity of this side effect. The primary failure of treatment was diagnosed in 0.5% of PHH patients, while in 45% of erythrophobia patients lack of complete remedy was observed.

Conclusions: Endoscopic thoracic sympathectomy is efficient method of treatment of primary hyperhidrosis. In the context of facial blushing the results of treatment are not that satisfactory. Therefore, it is very important that the patients are informed about the effectiveness of treatment and the problems of side effects.

Key words: sympathectomy.

Rak obwodowej części trzustki

O-00157

BENIGN HISTOLOGY AFTER PANCREATODUODENECTOMY FOR SUSPECTED MALIGNANCY

Jakub Wojcicki, Yoh Zen, Praveen Peddu, Rajeev Jain, Ameet Patel, Simon Atkinson, Parthi Srinivasan, Mohammed Rela, Nigel Heaton, Andreas Prachalias

Institute of Liver Studies, King's College Hospital, London, UK

ABSTRACT

Introduction: Benign histology after pancreaticoduodenectomy for suspected malignancy.

Purpose: To perform a comprehensive analysis of patients with a benign final histology after pancreaticoduodenectomies (PD) for suspected pancreatic and periampullary cancer.

Material and methods: We searched the pathology database at the King's College Hospital for negative PD specimens submitted between January 2004 – December 2010. Clinical, diagnostic, surgical, histopathological and outcome data were collected retrospectively. Pathology specimens and imaging results have been re-evaluated. A literature review was performed to identify factors affecting the incidence across centres.

Results: 469 PD were performed for presumed cancer. The incidence of benign disease encountered in this group was 7.25% (34/469). Auto-immune pancreatitis (AIP) was a finding in 26.47% (9/34) of cases. 17.65% of PD were complicated by a pancreatic leak and the overall mortality rate was 8.82% (3/34). Radiologists revised over 75% of pre-operative diagnoses. The incidence of benign disease was correlated with the overall centre experience and utilisation of CT imaging, but not ERCP or EUS.

Conclusions: It is impossible with current diagnostics to entirely avoid cases of benign disease in patients undergoing PD for suspected cancer. The mortality rate is higher in this group, but it is possible to avoid unnecessary procedures in experienced centres. AIP represents an important diagnostic entity, which should be actively pursued pre-operatively.

Key words: pancreaticoduodenectomy, Whipple's procedure, benign histology, autoimmune pancreatitis, computer tomography, endoscopic ultrasound.

O-00098

TORBIELOWATE GUZY TRZUSTKI – CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA I WCZESNE WYNIKI LECZENIA CHIRURGICZNEGO

Beata Jabłońska¹, Łukasz Braszczok¹, Weronika Szczęśny-Karczewska², Beata Dubiel-Braszczo³, Paweł Lampe¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Studenckie Towarzystwo Naukowe, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Torbielowate guzy trzustki stanowią 10–15% torbieli trzustki oraz 1% wszystkich nowotworów trzustki. Torbielowate guzy trzustki dzielą się na łagodne, o pośredniej złośliwości oraz złośliwe. Rodzaj leczenia chirurgicznego zależy od lokalizacji oraz średnicy guza.

Celem pracy była charakterystyka kliniczna oraz analiza wczesnych wyników leczenia chirurgicznego torbielowatych guzów trzustki na podstawie własnego materiału.

Materiał i metody: W okresie od 2006 r. do 2011 r. leczono operacyjnie 46 chorych (31 mężczyzn i 15 kobiet) z torbielowatymi guzami trzustki. Średni wiek chorych wynosił 59,09 ± 12,43 roku (25–79 lat). Zastosowano następujące sposoby leczenia chirurgicznego: pankreatoduodenektomię – 20 (43,48%), resekcję środkową trzustki – 9 (19,56%), resekcję obwodową trzustki – 3 (6,52%), resekcję obwodową trzustki ze splenektomią – 3 (6,52%), poszerzoną resekcję obwodową trzustki ze splenektomią – 2 (4,34%), resekcję trzustki sposobem Begera – 1 (2,17%), wyłuszczenie lub miejscowe wycięcie guza – 4 (8,68%), laparotomię zwiadowczą z pobraniem wycinków z guza – 1 (2,17%), częściową gastrektomię sposobem B II 1 (2,17%).

Wyniki: Odnotowano następującą lokalizację guzów: głowa trzustki – 21 (45,65%), trzon trzustki – 11 (23,91%), ogon trzustki – 13 (28,26%), cała trzustka – 1 (2,17%). Najczęstszym typem histopatologicznym był torbielakogruczolak surowiczy – 14 (30,43%). Nowotwory złośliwe odnotowano u 14 (30,43%) chorych. W tej grupie przerzuty do węzłów chłonnych stwierdzono u 7 (50%) chorych, natomiast przerzuty odległe u 3 (21,43%) chorych. Średni czas hospitalizacji wynosił 21,83 ± 17,48 dnia (7–99). Średni czas zabiegu operacyjnego wynosił 4,61 ± 1,15 godziny (3–6,25). Wczesne powikłania pooperacyjne zaobserwowano u 14 (30,43%) chorych. Wykonano 9 (19,56%) reoperacji. Odnotowano 3 (6,52%) zgony w okresie pooperacyjnym.

Wnioski: Najczęściej torbielowate guzy trzustki lokalizowały się w obrębie głowy trzustki. Pankreatoduodenektomia była najczęściej wykonywanym zabiegiem chirurgicznym. Torbielakogruczolak surowiczy był najczęstszym typem nowotworu w analizowanym materiale.

Słowa kluczowe: torbiel, guz, trzustka.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic cystic tumors constitute 10-15% of the pancreatic cysts and 1% of all pancreatic neoplasms. Pancreatic cystic tumors are divided into benign, of borderline malignancy and malignant. Type of surgery depends on the location and diameter of the tumor.

Purpose: The aim of this study was to determine the clinical characteristics and analysis of the early results of surgical treatment of cystic tumors of the pancreas based in own material.

Material and methods: In the period from 2006 to 2011, 46 patients (31 men and 15 women) with cystic tumors of the pancreas were operated on. Mean age was 59.09 ± 12.43 (25-79) years. The following surgical procedures were performed: pancreaticoduodenectomy – 20 (43.48%), central pancreatectomy – 9 (19.56%), distal pancreatectomy – 3 (6.52%), distal pancreatectomy with splenectomy – 3 (6.52%), expanded pancreatectomy with splenectomy – 2 (4.34%), Beger pancreatectomy – 1 (2.17%), enucleation or local excision of the tumor – 4 (8.68%), exploratory laparotomy with tumor biopsy – 1 (2.17%), partial gastrectomy BII – 1 (2.17%).

Results: There were the following location of tumors: pancreatic head – 21 (45.65%), pancreatic body – 11 (23.91%), pancreatic tail – 13 (28.26%), the whole pancreas – 1 (2.17%). Serous cystadenoma was the most common histological type – 14 (30.43%). Malignancies were

reported in 14 (30.43%) patients. In this group lymph node metastasis was observed in 7 (50%) patients, and distant metastases in 3 (21.43%) patients. Mean duration of hospitalization was 21.83 ± 17.48 (7-99) days. Mean duration of surgery was 4.61 ± 1.15 (3-6.25) hours. Early postoperative complications were observed in 14 (30.43%) patients. Nine (19.56%) reoperations were performed. There were 3 (6.52%) deaths in the postoperative period.

Conclusions: Most pancreatic cystic tumors localized in the head of the pancreas. Pancreatoduodenectomy was the most commonly performed surgery. Serous cystadenoma was the most common type of neoplasm in the analyzed material.

Key words: cyst, tumor, pancreas.

O-00031

RESEKCJA ŻYŁY WROTNEJ PODCZAS PANKREATEKTOMII Z POWODU RAKA GŁOWY TRZUSTKI

Dariusz Łaski¹, Stanisław Hać¹, Rafał Pęksa², Justyna Kostro¹, Zbigniew Śledziński¹

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

²Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Przez wiele dekad naciek żyły wrotnej dyskwalifikował pacjenta z leczenia radykalnego raka trzustki. W świetle najnowszych badań porównawczych zabiegi z resekcją żyły wrotnej u prawidłowo zakwalifikowanych pacjentów dają zbliżone wyniki, co do przeżyć 5-letnich, nie zwiększając jednocześnie śmiertelności okołoperacyjnej.

Cel: Analiza retrospektywna pacjentów poddanych resekcji żyłnej w trakcie resekcji trzustki z powodu raka. Ocena radykalności i bezpieczeństwa procedury.

Materiał i metody: Na podstawie zebranej w latach 2008–2012 dokumentacji dokonano retrospektywnej analizy 105 pacjentów z resekcją trzustki ze wskazań onkologicznych z towarzyszącą resekcją w zakresie żyły wrotnej. Z pośród analizowanej grupy 7 pacjentów (6,6%) wymagało częściowej resekcji i rekonstrukcji żyły wrotnej.

Wyniki: Chorobowość i śmiertelność okołoperacyjna, całkowita utrata krwi, czas zabiegów, długość hospitalizacji nie różniły się istotnie pomiędzy grupą pacjentów z interwencją naczyniową oraz bez niej. Ponadto nie odnotowano powikłań typowych dla interwencji naczyniowej (nieszczelności zespolenia naczyniowego, zakrzepica, zwężenia). W badaniu histopatologicznym u wszystkich chorych rozpoznano gruczolakoraka trzustki, 6/7 resekcji zakwalifikowano jako R0 z ujemnymi marginesami resekcji. Nie stwierdzono przerzutów odległych. W 2 przypadkach opisywany śródoperacyjnie naciek nowotworowy w sensie mikroskopowym był naciekiem inwazyjnym ściany naczynia.

Wnioski: Resekcja żyły wrotnej podczas pankreatektomii z intencją wyleczenia jest procedurą bezpieczną, nie zwiększa śmiertelności okołoperacyjnej, jednocześnie dając szansę uzyskania przeżycia odległego porównywalnego z pacjentami bez zajęcia żyły wrotnej. Kluczowa wydaje się właściwa kwalifikacja przedoperacyjna pacjentów oraz wykonywanie zabiegów w ośrodku z wystarczającym doświadczeniem zarówno w zakresie resekcji trzustki ze wskazań onkologicznych, jak i operacji naczyniowych.

Słowa kluczowe: rak trzustki, żyła wrotna, pankreatoduodenektomia.

ABSTRACT

Introduction: In the past few decades invasion on portal vein disqualified patient from radical pancreatic cancer resection. In the perspective of latest publications it was shown that 5-year survival with R0 resection and portal vein resection and primary reconstruction are similar to those without need of resection in properly qualified patients. There is no difference in peri-operative mortality with the group without vein resection.

Purpose: Retrospective analysis of outcome of patients with vein resection during pancreatic oncological resection.

Material and methods: On the basis of retrospective analysis of patient history from 2008 to 2012 year we found 105 patient who have radical PC resection. In analysed group we found 7 patients (96,6%) who need

to have portal vein resection with immediate resection of PV or its branches

Results: The mortality and morbidity, total blood loss, operating time, hospital stay did not differ significantly between standard approach and PVR(+) operation. No vascular complication like anastomosis leakage, portal vein stenosis, thrombosis or liver insufficiency were noticed. In final histopathological examination 4/7 were R0 resections. 6/7 tumors were adenocarcinoma of pancreas. Only 2/7 patients have microscopically proven invasion on portal vein intima even though there was portal vein involvement described macroscopically.

Conclusions: Patients with PC qualified to pancreatectomy with intention to treat who have portal vein involvement found during operation, portal vein resection is a safe surgical procedure with potential survival benefit.

Key words: pancreatoduodenectomy, portal vein, pancreatic cancer.

Chirurgia bariatryczna

O-00007

CIŚNIENIE NIESZCZELNOŚCI PO MANKIETOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA Z POWODU OTYŁOŚCI PATOLOGICZNEJ. BADANIE EKSPERYMENTALNE

Jarek Kobiela¹, Dariusz Łaski¹, Szymon Grymek², Marek Łubniewski², Jarosław Michniewski²

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, GUMed

²Katedra Konstrukcji Maszyn i Pojazdów, Wydział Mechaniczny, Politechnika Gdańska

STRESZCZENIE

Wstęp: Nieszczelność linii zszywek jest jednym z głównych powikłań po mankietowej resekcji żołądka z powodu otyłości patologicznej. Śródoperacyjne stwierdzenie nieszczelności jest możliwe z wykorzystaniem próby z błękitem metylenowym lub próby wodnej z powietrzem. Rozpoznanie nieszczelności linii zszywek w okresie pooperacyjnym jest trudne, jako że objawy kliniczne mogą być niejasne.

Celem badania była ocena ciśnienia, przy którym dochodzi do nieszczelności, oraz lokalizacji przecieku w obrębie linii zszywek po mankietowych resekcjach żołądka.

Materiał i metody: W naszej Klinice w operacjach mankietowej resekcji żołądka z powodu otyłości stosuje się staplery Endo GIATM (niebieski ładunek). Linia zszywek na usuwanym fragmencie żołądka jest lustrzanym odbiciem linii zszywek na fragmencie żołądka, który pozostaje w jamie brzusznej pacjenta. W badaniu wykorzystano preparaty żołądka usuwane podczas rutynowych mankietowych resekcji żołądka natychmiast po ich ekstrakcji. Pod kontrolą ciśnienia dokonywano infuzji roztworu błękitu metylenowego do światła usuniętego fragmentu żołądka. Odnotowywano ciśnienie oraz lokalizację nieszczelności.

Wyniki: Nieszczelność linii zszywek obserwowano przy ciśnieniu 72 cm H₂O. Nieszczelność stwierdzano w pierwszej kolejności w miejscu krzyżowania się linii zszywek (magazyneków).

Wnioski: Ze względu na relatywnie niskie ciśnienie, przy którym obserwowano nieszczelność, zastosowanie sondy nosowo-żołądkowej może być korzystne we wczesnym okresie pooperacyjnym. Można rozważyć redukcję liczby krzyżujących się linii zszywek.

Słowa kluczowe: mankietowa resekcja żołądka, nieszczelność.

ABSTRACT

Introduction: Staple line leak is one of the main concerns after sleeve gastrectomy for morbid obesity. Immediate intraoperative leak detection can be attempted during surgery using methylene blue or air leak test. Postoperative diagnosis of staple line leak is difficult as clinical manifestation might be obscured.

The aim of this study was to assess the leak pressure and localization of the leak within the staple line of sleeve gastrectomy.

Material and methods: Endo GIATM staplers (blue cartridge) are used to perform sleeve gastrectomies for morbid obesity in our Department. Staple line of the removed part of the stomach is a mirror image of the staple line on the stomach sleeve. Specimens of the stomach removed during routine sleeve gastrectomies for morbid obesity were used

for the study immediately after extraction. Pressure-controlled infusion of methylene blue solution into the lumen of the removed part of the stomach was performed. Leak pressure and localization were noted.

Results: Staple line leak was observed with pressures of 72 cm H₂O. Leaks were first observed at the crossings of the staple lines (cartridges).

Conclusions: Because of a relatively low leak pressure the use of nasogastric tube might be beneficial in early postoperative course. Reduction in the number of staple line crossings can be considered.

Key words: sleeve gastrectomy, leak.

O-000141

LAPAROSKOPOWO-ROBOTOWY PROGRAM BARIATRYCZNY – PIERWSZE DOŚWIADCZENIA

Rafał Mulek, Wojciech Witkiewicz, Marek Zawadzki, Jakub Turek

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Technologia robotowa, od czasu akceptacji w 2000 r. przez Food and Drug Administration, jest stosowana w ogromnej liczbie procedur chirurgicznych na całym świecie. Operacje bariatryczne należą do jednych z częściej wykonywanych procedur robotowych zarówno w Zachodniej Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Rola technologii robotowej w procedurach ogólnochirurgicznych pozostaje kontrowersyjna. Dotychczas przeprowadzone badania wykazują, że koszty użycia technologii robotowej w chirurgii bariatrycznej są wyższe niż wynikające z zastosowania technik laparoskopowych czy „klasycznej chirurgii otwartej”. Aczkolwiek pewna grupa badań wskazuje na mniejszą ilość powikłań związanych z zespoleniami wykonanymi przy użyciu techniki robotowej w operacji bypassu żołądkowo-jelitowego (RYGB) w porównaniu z wynikami uzyskanymi w operacjach wykonanych techniką laparoskopową.

Cel: Ocena zastosowania techniki robotowej w operacjach bariatrycznych.

Materiał i metody: Program bariatryczny w WSS OBR we Wrocławiu rozpoczął się z kwietnia 2012 r. Od tamtego czasu wykonaliśmy w sumie 25 procedur mankietowej resekcji żołądka i RYGB. Chcąc porównać laparoskopię z chirurgią robotową, przeprowadzone operacje wykonaliśmy przy użyciu dwóch różnych technik. W sumie techniką robotową wykonaliśmy pięć operacji mankietowej resekcji żołądka i pięć RYGB.

Wyniki: Korzyści z użycia robota w mankietowej resekcji żołądka ograniczają się do etapu obszycia szwem ciągłym linii zszywek, co stosujemy jako rutynowe rozwiązanie celem wzmocnienia linii zszywek na nowej krzyżźnie większej mankietu żołądkowego. Zalety użycia robota są bardziej oczywiste w operacji RYGB. Technika robotowa pozwala na „ręczne” wykonanie zespolenia jelitowo-żołądkowego i jelitowo-jelitowego w sposób bezpieczny i sprawny już na początku krzywej uczenia.

Wnioski: Nasze pierwsze doświadczenia wskazują, że zastosowanie techniki robotowej może ułatwić przeprowadzenie operacji bariatrycznych. Może to wpłynąć zarówno na zmniejszenie ilości powikłań związanych z wykonanymi zespoleniami, jak również może być ekonomicznie uzasadnione w związku z mniejszym zużyciem staplerów w trakcie pojedynczej procedury.

Słowa kluczowe: chirurgia robotowa, mankietowa resekcja żołądka, RYGB.

ABSTRACT

Introduction: Since receiving Food and Drug Administration approval in 2000, robot technology has been utilized in numerous surgical procedures around the world. Bariatric procedures are one of the most commonly performed robotic surgeries in USA and Western Europe. The role of robotic technology in general surgery remains controversial. In the field of bariatric surgery several studies have demonstrated higher costs for robotic technology when compared to laparoscopy or open surgery. However, few studies showed reduced number of costly anastomotic complications after robotic Roux-en-Y gastric bypass (RYGBP) when compared to laparoscopy.

Purpose: Estimation of the robotic technic in bariatric surgery.

Material and methods: Our bariatric surgery program started in April 2012. Since then we have performed 25 sleeve gastrectomies (SG)

and RYGBP procedures. To evaluate the role of laparoscopy and robotics both surgical techniques were used. In total 5 out of 20 SG were performed robotically. Additionally five patients underwent RYGBP with robotic assistance.

Results: The benefit of the robot in SG is probably limited to phase of applying an oversewing running suture which is routinely used in our practice to reinforce the staple line. The advantages of the robot are more evident in RYGBP. Robotic assistance allows safe and efficient suturing of handsewn gastro-jejuno and jejuno-jejuno anastomosis even at the early phase of learning curve.

Conclusions: Our early experience suggest that robotic technology may help facilitate the performance of bariatric operations. This may not only decrease anastomotic complication but also be cost effective due to reduced use of the staplers.

Key words: robotic surgery, sleeve gastrectomy, RYGB.

Przepukliny brzuszne pierwotne i pooperacyjne – dostęp operacyjny i wskazania do leczenia operacyjnego

O-00189

ZASTOSOWANIE TECHNIKI UWOLNIENIA PRZEDZIAŁÓW POWIĘZIOWYCH (ANG. COMPONENTS SEPARATION) W LECZENIU OLBRZYMICZ PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Jacek Szopiński¹, Stanisław Dąbrowiecki², Stanisław Pierściński¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra i Zakład Żywienia i Dietetyki Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Technika uwolnienia przedziałów powięziowych (ang. *components separation* – CS) rozpropagowana przez Ramirez w 1990 r. stanowi niezbędną technikę chirurgiczną przy zaopatrywaniu dużych przepuklin brzusznych (wrota > 10 cm). Pierwotnie opisana jako nacięcie rozcięga mięśnia skośnego zewnętrznego bocznie od pochewki mięśnia prostego brzucha występuje obecnie w wielu modyfikacjach.

Cel: Celem pracy była retrospektywna ocena oraz badanie chirurgiczne wezwanych chorych operowanych z powodu dużej przepukliny brzusznej z wykorzystaniem techniki CS w latach 2008–2013 w ośrodku autorów.

Materiał i metody: Przeprowadzono analizę dokumentacji operacyjnej i historii chorób oraz wezwano na wizytę kontrolną i badanie chirurgiczne 32 chorych operowanych. Oceniano choroby towarzyszące, czas operacji, powikłania wczesne i późne. W analizowanej grupie było 21 kobiet i 11 mężczyzn w wieku 38–72 lata (mediana 61). Technika CS stanowiła uzupełnienie plastyki bez wszczepu (4), zamięśniowego ułożenia siatki (24) lub wewnątrzotrzewnowego ułożeniałaty (4).

Wyniki: W analizowanej grupie stwierdzono krwiaki powłoki jamy brzusznej u 6 (18%) chorych, w tym u 2 (6%) wymagały interwencji operacyjnej; surowiczaki u 10 (31%) chorych, zakażenie miejsca operowanego u 6 (18%) chorych, martwicę brzezną skóry wymagającą usunięcia u 4 (12%). Nawroty stwierdzono u 6 (18%) chorych oraz 1 nawrót w miejscu nacięcia CS.

Wnioski: Technika CS jest niezbędna przy zaopatrywaniu dużych przepuklin brzusznych. Częstość powikłań jest porównywalna z częstością powikłań w innych ośrodkach herniologicznych, a częstość nawrotów była mniejsza od spodziewanej.

Słowa kluczowe: przepuklina brzuszna, przepuklina pooperacyjna, Ramirez.

ABSTRACT

Introduction: The components separation technique (CS) was popularized by Ramirez in 1990. The technique is necessary in the treatment of large ventral hernias (hernia size > 10 cm) and it was initially described as relaxing incisions of the external oblique aponeurosis laterally to abdominal rectus muscle and nowadays, it is known in many modifications.

Purpose: The purpose of the study was to retrospectively analyze the characteristics of the patients and complications as well as follow up assessment in the group of patients after CS performed during the sur-

gical treatment of large ventral hernias between 2008 and 2013 in the authors' department.

Material and methods: The analysis of medical history and operative findings and follow up assessment with medical examination was performed on 32 patients. The analysis included: comorbidities, time of surgery, early and late complications. There were 21 women and 11 men in the group, median age 61 (38-72). The CS technique was performed additionally to simple closure (4 pts), sublay mesh technique (24) or open IPOM procedure (4).

Results: There were 6 (18%) hematomas including 2 (6%) needed surgical intervention, 10 (31%) seromas, 6 (18%) surgical site infections, 4 (12%) wound necrosis in the group. There were also 6 (18%) recurrences and 1 recurrence in the incision area of CS method.

Conclusions: The components separation technique is necessary during the surgical treatment of large ventral hernias. The number of complications we observed was comparable to other hernia centers and the number of recurrences was lower than expected.

Key words: ventral hernia, components separation.

Skojarzone leczenie chorych na raka żołądka

O-00060

WPLYW JEDNOZASOWEGO WYCIĘCIA ŚLEDZIONY NA WYSTĄPIENIE POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH U CHORYCH NA RAKA ŻOŁĄDKA PODDANYCH ZABIEGOM OPERACYJNYM Z INTENCJĄ WYLECZENIA

Jakub Kuchinka, Stanisław Głuszek, Marta Kot, Jarosław Matykiewicz

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

STRESZCZENIE

Wstęp: 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, zwłaszcza że niekiedy zasadniczy zabieg całkowitego lub prawie całkowitego wycięcia żołądka musi być poszerzony o wycięcie innych narządów.

Celem pracy była ocena wpływu jednoczesnego wycięcia śledziony w przypadku operacji radykalnych z powodu raka żołądka na wystąpienie powikłań pooperacyjnych.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 244 chorych poddanych zabiegom operacyjnym z intencją wyleczenia z powodu raka żołądka. Szczegółnej analizie poddano tych chorych, u których oprócz zasadniczej operacji wykonywano jednoczesowo inne zabiegi. Oceniano wpływ poszerzenia zabiegu operacyjnego na wystąpienie powikłań pooperacyjnych, zarówno ogólnych, jak i chirurgicznych, w tym najcięższych, jakim jest nieszczelność zespolenia przełykowo-żołądkowego i kikutu dwunastnicy, zakażenie wewnątrztrzewnowe zbiorniki płynowe.

Wyniki: W grupie 244 chorych na raka żołądka poddanych zabiegom operacyjnym z intencją wyleczenia najczęstszym jednoczesowo wykonywanym zabiegiem było wycięcie śledziony – 40/244 (16%), któremu w 6 przypadkach towarzyszyło częściowe wycięcie trzustki (ogon). Ilość powikłań pooperacyjnych – ogólnych i chirurgicznych – które wystąpiły u tych chorych, była znamienne wyższa – zarówno w porównaniu z grupą chorych, u których zabieg operacyjny nie był rozszerzony, jak i z grupą chorych, u których były wykonane inne zabiegi dodatkowe poza splenektomią. Z powikłań ogólnych obserwowano: stany gorączkowe, niedodmę i zapalenie płuc, wysięk w jamie opłucnej. Powikłania chirurgiczne, które wystąpiły w tej grupie chorych to: zakażenie miejsca operowanego, wewnątrztrzewnowe zbiorniki płynowe, wymagające przezskórnego drenażu pod kontrolą USG, nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego, które miało miejsce w 3 przypadkach.

Wnioski: Splenektomia, wykonywana jednoczesowo z gastrektomią z powodu raka żołądka wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych, zarówno ogólnych, jak i chirurgicznych.

Słowa kluczowe: rak żołądka, splenektomia, powikłania.

ABSTRACT

Introduction: Surgical treatment of gastric cancer is still a challenge for a surgeon, especially that sometimes resection must be extended to excision of other organs.

The aim of work was to assess the influence of one-time splenectomy in the case of operation with the aim of attaining clinical recovery from gastric cancer on the occurrence of post-surgical complications.

Material and methods: The study group consisted of 244 patients subjected to surgical intervention with the aim of attaining clinical recovery from gastric cancer. Those patients in whom apart from a fundamental operation, other surgical interventions were performed at the same time, were specially analysed. The influence of extension of surgical intervention on the occurrence of post-surgical complications, both general and surgical including the most serious ones, such as leakiness of gastroesophagostomy and a stump of the duodenum, infected intraperitoneal fluid cisterns.

Results: In a group of 244 patients who suffered from gastric cancer, subjected to surgical intervention with the aim of attaining clinical recovery, one-time intervention which was performed most often was a splenectomy – 40/244 (16%). Among the general complications, the following ones were noticed: hyperthermia, atelectasis and pneumonia, exudate in the pleural cavity. Among the surgical complications, which occurred in this group of patients were as follows: infection site surgery, intraperitoneal fluid cisterns which required percutaneous drainage under the control of USG, leakage of gastroesophagostomy. The number of complications – general and surgical which occurred in those patients were significantly higher – both in comparison with the group of patients who did not have additional surgical interventions and the group of patients who had additional surgical operations apart from splenectomy.

Conclusions: Splenectomy, performed at the same time with gastrectomy due to gastric cancer is connected with the higher risk of post-surgical complications, both general and surgical ones.

Key words: gastric cancer, splenectomy, complications.

O-00075

RAK ŻOŁĄDKA U LUDZI MŁODYCH – PROBLEM DIAGNOSTYCZNY I TERAPEUTYCZNY

Konrad Zaręba, Roman Bandurski, Dariusz Cepowicz, Bogusław Kędra

II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: W 2007 r. w Polsce odnotowano 5500 nowych zachorowań na raka żołądka. Szczyt zachorowalności przypada na 6.–7. dekadę życia. Przypadki występowania raka żołądka w populacji osób poniżej 40. roku życia są rzadkie.

Cel: Analiza częstości występowania raka żołądka w populacji chorych poniżej 39. roku życia leczonych operacyjnie w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej UMB.

Materiał i metody: Analizie poddano 350 przypadków pacjentów z rakiem żołądka leczonych w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej. Wyselekcjonowano 14 przypadków chorych w wieku poniżej 39 lat. W grupie tej znalazło się 7 kobiet i 7 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 32,9 roku (± 13 lat). Chorych podzielono na 3 grupy. W grupie I znaleźli się pacjenci poniżej 29. roku życia. Przedział wieku chorych w grupie II wahał się od 30 do 35 lat. Ostatnią grupę III stanowiły osoby w wieku od 36. do 39. roku życia.

Wyniki: Częstość występowania raka żołądka wśród ludzi młodych w naszym materiale klinicznym wynosiła 4%. W grupie I znalazły się 3 pacjentki. Grupa II była najliczniejsza i znalazło się w niej 8 chorych. Grupę III stanowiło 3 mężczyzn. W 12 przypadkach stwierdzono zmianę o typie gruczolakoraka sygnetowatokomórkowego, w pozostałych 2 o typie adenocarcinoma (typ jelitowy). W badanym materiale klinicznym przeważały zmiany zaawansowane. IV stopień zaawansowania choroby stwierdzono w 7 przypadkach. III stopień stwierdzono u 3 chorych. W 2 przypadkach rozpoznano II stopień, a u 2 pozostałych pacjentów I stopień. Zmiany o stopniu zaawansowania III i IV stwierdzano częściej u kobiet. Zmiany w I stopniu zaawansowania stwierdzono wyłącznie u mężczyzn. II stopień zaawansowania stwierdzono u jednej kobiety i jednego mężczyzny. Do dzisiaj w obserwacji klinicznej pozostaje 2 chorych. Średnia przeżycia pozostałych chorych wynosiła 1,25 roku.

Wnioski: Rak żołądka w przypadku ludzi młodych jest późno wykrywany, może to być związane z pokutującym we współczesnym społeczeństwie mylnym twierdzeniem, iż problem choroby nowotworowej dotyczy

ludzi starszych. Najczęściej spotykaliśmy się ze zmianami nowotworowymi o typie rozlanym. Pomimo radykalnego leczenia operacyjnego przeżycia odległe są złe i nie przekraczają 20 miesięcy.

Słowa kluczowe: rak żołądka, młody wiek, gastrektomia.

ABSTRACT

Introduction: In 2007 the 5500 new cases of the gastric cancer were found. Usually age occurs between 60 and 70 years. In the population of young people between 20-40 years gastric cancer is quite rare.

Purpose: This paper represents a retrospective analytical study conducted on patients under the age of 39 with gastric cancer admitted to the II Department of General and Gastroenterological Surgery.

Material and methods: The authors analyzed 350 cases of the patients with gastric cancer, operated in II Department of General and Gastroenterological Surgery. There were only 14 cases of the patients with gastric cancer who were under 40 (7 women and 7 men). The average age of those patients was 32.9 years (± 13). They have been divided into 3 groups. 1st group – patients in their 20's. 2nd group patients between 30-35 years. Last group patients between 36-39 years.

Results: Incidents of the gastric cancer: 4%. 1st group – 3 patients, 2nd group – 8 patients, 3rd group – 3 patients. In 12 cases signet ring cell carcinoma of the stomach was diagnosed. 4th stage of the disease has been found in 7 cases. 3rd stage has been diagnosed for 3 times. 2 times 2nd stage has been found. Early gastric cancer has been found only in 2 patients. Average survival: 1.25 years.

Conclusions: Gastric cancer in the population of young people is been diagnosed late. The signet ring cell carcinoma is most common. Despite of the radical surgical treatment long term survival rate is poor (less than 20 months).

Key words: gastric cancer, young age, gastrectomy.

Postępy chirurgii małoinwazyjnej

O-00237

ENDOSKOPOWA CYSTOGASTROSTOMIA Z NEKROZEKTOMIĄ Z ZASTOSOWANIEM USUWALNEJ PROTEZY SEMS

Sławomir Koziel¹, Klaudiusz Boer²,
Anna Wiechowska-Kozłowska², Jan Pertkiewicz³,
Michał Skalski¹, Małgorzata Nowosad¹,
Marek Krawczyk¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, SP CSK WUM w Warszawie

²Pracownia Endoskopii Diagnostycznej i Zabiegowej, SP ZOZ MSW w Szczecinie

³Endoterapia Sp. z o.o. w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Torbiele rzekome trzustki oraz otorbiona martwica trzustki (WOPN) są pozapalnymi zmianami płynowymi i płynowo-litymi, które utrzymują się powyżej 4 tygodni od epizodu ostrego zapalenia trzustki. Wskazaniami do leczenia torbieli rzekomych jest występowanie objawów klinicznych lub powikłań. Metodami leczenia torbieli rzekomych trzustki są drenaż chirurgiczny, drenaż przezskórny oraz drenaże endoskopowe. Aktualnie metodą z wyboru w leczeniu torbieli rzekomych trzustki jest drenaż metodą endoskopową. W leczeniu otorbionej martwicy trzustki klasycznym standardem pozostaje leczenie chirurgiczne. Coraz więcej jest jednak skutecznych prób leczenia endoskopowego z aktywnym drenażem płuczącym i nekrozektomią.

Celem pracy jest przedstawienie możliwości endoskopowego leczenia torbieli i otorbionej martwicy trzustki.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono zabiegi endoskopowej cystogastrostomii w leczeniu torbieli rzekomych trzustki oraz otorbionej martwicy trzustki z nekrozektomią przy zastosowaniu protezy samorozprężalnej. Zabiegi endoskopowe można powtarzać aż do uzyskania całkowitego usunięcia martwicy. Przedstawiono wideo ukazujące endoskopowe, endosono- graficzne i radiologiczne obrazy pierwszych w Polsce zabiegów endoskopowego drenażu i nekrozektomii z użyciem dedykowanej protezy SEMS.

Wyniki: Łącznie wykonano 11 drenaży z użyciem protezy SEMS. U 7 chorych skutecznie drenowano torbiele rzekome. U 4 pacjentów z otorbioną martwicą trzustki po drenażu wykonano zabiegi nekrozektomii (od 1 do

4, śr. 2,75). U jednej pacjentki po pierwszym zabiegu nekrozektomii wystąpiły objawy pęknięcia torbieli i wymagała leczenia operacyjnego. Wszystkie protezy usunięto bez powikłań po stwierdzeniu zamknięcia patologicznych przestrzeni po upływie 10–14 tygodni od założenia. 3–12-miesięczna obserwacja po usunięciu stentów nie wykazała nawrotów torbieli. W przedstawionej grupie nie zanotowano zgonów.

Wnioski: Endoskopowy drenaż z użyciem protezy SEMS jest skuteczną metodą leczenia przewlekłych okołotrzustkowych zbiorników płynowych, a endoskopowa nekrozektomia może być alternatywą dla leczenia chirurgicznego.

Słowa kluczowe: torbiel rzekoma trzustki, otorbiona martwica trzustki, drenaż endoskopowy torbieli trzustki, nekrozektomia endoskopowa, proteza SEMS.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic pseudocysts and walled-off pancreatic necrosis (WOPN) are pathological, postinflammatory collections of fluid or fluid with solid components, which remained above 4 weeks after the symptoms of acute pancreatitis. The indications for treatment of pseudocysts is the occurrence of clinical symptoms or complications. Treatments for pancreatic pseudocysts are surgical drainage, percutaneous drainage and endoscopic drainage. Currently the method of choice for the treatment of pancreatic pseudocysts is endoscopic drainage. In the treatment of pancreatic necrosis, surgical therapy still remains the classic standard. However, endoscopic drainage with necrosectomy is more and more effective treatment.

Purpose: The paper presents the possibility of endoscopic treatment of pancreatic pseudocyst and WOPN.

Material and methods: The paper presents endoscopic procedures for the treatment of pancreatic pseudocysts and walled-off pancreatic necrosis with necrosectomy using self-expanding metal stents. Endoscopic treatment can be repeated until the complete removal of necrosis. Presented a video, showing the endoscopic, X-ray and EUS images of first endoscopic drainage and necrosectomy procedures using dedicated SEMS, performed in Poland.

Results: Total performed 11 drainage with SEMS. 7 patients successfully drained pseudocysts. 4 patients with WOPN after drainage procedures performed endoscopic necrosectomy. One patient, after the first necrosectomy procedure, had a cyst rupture symptoms and required surgery. All stents were removed without complications after closing pathological space after 10-14 weeks of assumptions. 3-12 month observation after removal of the stents showed no recurrence of the cyst. In our group there were no deaths.

Conclusions: Endoscopic drainage with dedicated SEMS is an effective treatment for chronic peripancreatic fluid collections and endoscopic necrosectomy may be an alternative to surgery.

Key words: pancreatic pseudocyst, walled-off pancreatic necrosis, endoscopic drainage pancreatic cyst, endoscopic necrosectomy, SEMS prosthesis.

Przerzuty z raka jelita grubego do wątroby

O-00226

LECZENIE SKOJARZONE PRZERZUTÓW NOWOTWORÓW PODŚCIELISKOWYCH PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) DO WĄTROBY

COMBINED THERAPY OF LIVER METASTATES FROM GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST)

Marcin Kotulski¹, Piotr Rutkowski², Paweł Nyckowski¹,
Bogusław Najnigier¹, Marek Krawczyk¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Celem pracy była analiza roli chirurgii i chemioterapii w leczeniu chorych z przerzutami GIST do wątroby prowadzonym w dwóch referencyjnych ośrodkach.

Materiał i metody: W okresie 01.2002–12.2012 w Klinice leczonych było chirurgicznie 21 chorych z przerzutami GIST do wątroby. Grupa

liczyła 14 mężczyzn i 7 kobiet; średnia wieku 53 lata. W 9 przypadkach przerzuty wykryto jednocześnie z guzem pierwotnym, w pozostałych 12 przypadkach zmiany wtórne pojawiły się po średnim czasie 29 miesięcy od usunięcia zmiany pierwotnej. 3 chorych zostało poddanych resekcji wątroby natychmiast po wykryciu zmian i ocenie możliwej resekcyjności, pozostałych 18 chorych otrzymało imatinib w dawce 400 mg na dobę przed leczeniem operacyjnym.

Wyniki: Leczenie chirurgiczne – wykonano 9 rozległych resekcji wątroby i 10 nieanatomicznych resekcji przerzutów, w 1 przypadku tylko krioablacją zmian i w 1 przypadku śródoperacyjną termoablacją przerzutów do wątroby i usunięcie resztkowych zmian śródtrzewnowych. U wszystkich 3 chorych poddanych resekcji wątroby bez wstępnego leczenia imatinibem oraz u 2 chorych, którzy nie kontynuowali chemioterapii po operacji, obserwowano wznowę procesu nowotworowego w czasie od 3 do 11 miesięcy po operacji. Nawroty te były skutecznie (odpowiedź częściowa – PR wg kryteriów RECIST) leczone imatinibem. Pozostałych 16 chorych poddanych resekcji R0/R1 zmian po częściowej remisji nieodpowiadającej dalej na leczenie IM kontynuowało leczenie imatinibem po operacji. Obserwowano progresję (progresja choroby – PD wg kryteriów RECIST) w 5 przypadkach. 3 chorych zmarło w związku z zaawansowaniem choroby 46, 93 i 94 miesięcy po rozpoznaniu. Nie obserwowano poważnych komplikacji wymagających reoperacji lub znacznie wydłużających okres hospitalizacji po leczeniu chirurgicznym przerzutów GIST do wątroby.

Wnioski: Leczenie chirurgiczne skojarzone z terapią imatinibem jest możliwe i może skutkować wydłużeniem okresu przeżycia chorych z przerzutami GIST do wątroby. Optymalna strategia postępowania składa się z leczenia imatinibem, leczenia operacyjnego pozostałych zmian (jeśli możliwa jest radykalna resekcja) oraz kontynuacji stosowania imatinibu w okresie pooperacyjnym.

Słowa kluczowe: GIST, przerzuty do wątroby, resekcja wątroby, imatinib.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to analyze the role of surgery in the management of GIST metastatic to the liver in the group of c-KIT positive GIST patients treated in two referral institutions.

Material and methods: Between 01.2002 and 12.2012 we found 21 patients treated surgically due to liver metastases from GIST. There were 14 male and 7 female, median age 53 years. In 9 cases liver metastases were found simultaneously with primary tumors, in other 12 patients liver metastases occurred after median time of 29 months after primary tumor resection. 3 patients underwent resection of liver metastases immediately after their detection and estimation as resectable, the other 18 patients were treated with imatinib at the dose of 400 mg daily before liver surgery.

Results: Surgical procedures consisted of 9 extensive liver resections and 10 non-anatomical resections of metastases, in 1 case only cryoablation and in 1 case the intraoperative thermoablation of liver metastases combined with resection of residual intraperitoneal lesions was performed. All 3 patients undergoing surgery of liver metastases without imatinib treatment and 2 patients who did not continue imatinib therapy after liver surgery recurred within 3 – 11 months after operation. These relapses were successfully (partial remission – PR in RECIST criteria) treated with imatinib. The other 16 patients who underwent R0/R1 resection of residual disease after PR no longer responding to IM treatment, continued imatinib therapy after surgery. We observe progression (progressive disease – PD in RECIST criteria) in 5 cases. 3 patients died due to disease progression 46, 93 and 94 months after diagnosis. We did not observe any serious complications requiring operations or prolongation of hospital staying after liver surgery due to metastatic GIST.

Conclusions: Surgery in combination with imatinib treatment is feasible and may result in improved survival of patients with GIST metastatic to the liver, the optimal strategy in GIST metastatic to the liver consists of imatinib therapy, considering surgery of residual disease (if radical resection is feasible) and continuation of IM postoperatively.

Key words: GIST, liver metastases, liver resection, imatinib.

Powikłania po operacjach w górnej części przewodu pokarmowego

O-00053

POWIKŁANIA PO ZABIEGACH RESEKCYJNYCH ŻOŁĄDKA W MATERIALE WŁASNYM

Tariq Al-Amawi, Marcin Kwietniak, Piotr Wojtasik, Mirosław Halczak, Józef Kładny

Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, PUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Powikłania po zabiegach resekcyjnych żołądka obserwuje się często (15–40%). Śmiertelność pooperacyjna w zależności od doświadczenia ośrodka wynosi 0–15%. Najpoważniejszym powikłaniem chirurgicznym, które może być fatalne w skutkach, jest nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego.

Cel: Ocena wczesnych wyników po zabiegach resekcyjnych żołądka u chorych z rozpoznaniem raka tego narządu.

Materiał i metody: W latach 2006–2011 do kliniki przyjęto 132 chorych z ustalonym rozpoznaniem raka żołądka. Do zabiegu operacyjnego zakwalifikowano 118 chorych (89% hospitalizowanych). U 23 chorych (19% operowanych) wykonano zabiegi zwiadowcze lub zespolenia omijające. Analizie szczegółowej poddano grupę 95 kolejnych chorych, u których wykonano zabiegi resekcyjne żołądka z powodu raka. W tej grupie było 38 (40%) kobiet i 57 (60%) mężczyzn. Średnia wieku chorych wynosiła 62,6 roku (od 22 do 85 lat). Chorzy w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia stanowili 46% operowanych. Średni czas hospitalizacji wynosił 12,4 dnia (od 8 do 87 dni), mediana 9 dni. Analizowano częstość i rodzaj powikłań pooperacyjnych oraz wpływ niektórych czynników na ich występowanie.

Wyniki: W badanym okresie wykonano 59 gastrektomii i 36 prawie całkowitych wycięć żołądka. Powikłania pooperacyjne stwierdzono u 26 chorych, co stanowiło 27% pacjentów po zabiegach resekcyjnych. Powikłania chirurgiczne stwierdziliśmy u 18 (19%) operowanych. Powikłania niechirurgiczne obserwowano u 13 (13,6%) chorych. Powikłania obserwowano u 10 (20%) chorych w grupie do 65. roku życia i 16 (36%) chorych w starszej grupie wiekowej. Nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego rozpoznano u 1 chorego, co stanowiło 1,7% chorych po gastrektomii. Powikłania wymagające relaparotomii wystąpiły u 8 (8,4%) operowanych. W okresie pooperacyjnym stwierdzono 4 zgony (śmiertelność wewnątrzszpitalna wynosiła 4,2%). Wskaźnik śmiertelności był większy w grupie chorych po 65. roku życia (6,8% vs 1,9%). Ryzyko zgonu pooperacyjnego było dwa razy większe dla mężczyzn (2,6% vs 5,2%).

Wnioski: Zabiegi resekcyjne u chorych z rakiem żołądka są obarczone względnie dużym odsetkiem powikłań chirurgicznych, zwłaszcza u chorych w starszym wieku.

Słowa kluczowe: powikłania, rak żołądka, resekcja.

ABSTRACT

Introduction: Complications after stomach resections occur very often (15–40%). Postoperative mortality ranges from 0 to 15%, depending on the experience of the hospital. The most serious complication of surgery, with possible fatal consequences, is leakage from esophageo-intestinal anastomosis.

Purpose: Aim of the study was to evaluate early results of surgical treatment in patients with gastric cancer.

Material and methods: Since 2006 till 2011 we admitted 132 patients with a diagnosis of gastric cancer. 118 patients (89% hospitalized) underwent surgery. In 23 patients (19%) explorative laparotomies or bypass anastomoses was performed. Detailed analysis of the group of 95 consecutive patients after gastric resection was made. There were 38 women (40%) and 57 men (60%). Mean age 62.6 (from 22 to 85 years). Patients older than 65 years of age accounted for 46% of the respondents. Mean length of hospital stay was 12.4 (8 to 87 days), median 9 days. We analyzed the incidence and type of postoperative complications.

Results: In analysed period of time total gastrectomy was performed in 59 patients and subtotal gastrectomy in 36. Postoperative complications occurred in 26 patients, representing 27% of postoperative patients. Surgical complications were detected in 18 patients (19%) and non-surgical complications were observed in 13 patients (13.6%). Complications occurred in 10 patients younger than 65 years of age (20%) and in

16 patients older than 65 (36%). Leakage from esophago-intestinal anastomosis was found in 1 patient after gastrectomy (1.7%). Complications requiring re-laparotomy occurred in 8 patients (8.4%). There were 4 deaths in postoperative period (in-hospital mortality was 4.2%). The mortality rate was higher in patients over 65 years of age (6.8% vs. 1.9%). The risk of postoperative mortality was two times higher in males than in females (2.6 vs. 5.2%).

Conclusions: Surgical treatment of gastric cancer is connected with a relatively high rate of surgical complications, especially in elderly patients.

Key words: complications, gastric cancer, resection.

O-00176

PRZESTRZENIE PŁYNOWE U PACJENTÓW PO WYCIĘCIACH ŻOŁĄDKA Z POWODU RAKA

Piotr Kulig, Marek Sierżęga, Piotr Bachul, Łukasz Bobrzyński, Ryszard Choruz, Bogdan Niekowal, Szymon Pietruszka, Łukasz Turczynowski, Piotr Kołodziejczyk, Jan Kulig

I Katedra Chirurgii Ogólnej, CMUJ, SU w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Różne typy przestrzeni płynowych rozwijają się u pacjentów po wycięciu żołądka z powodu raka. Niektóre z nich są objawowe i wymagają interwencji chirurgicznej. Niektóre aspekty związane z naturalną historią przestrzeni płynowych powinny zostać zweryfikowane, dostarczając wiedzy pomocnej w postępowaniu pooperacyjnym.

Cel: Celem badania była analiza naturalnej historii przestrzeni płynowych i ustalenie czynników ryzyka ich występowania u pacjentów po wycięciu żołądka z powodu raka.

Materiał i metody: Od 1996 r. do 2012 r. 1381 pacjentów przeszło wycięcie żołądka z powodu raka z rutynowym pooperacyjnym monitorowaniem w postaci ultrasonografii (USG) jamy brzusznej. W ustalonym protokole USG jamy brzusznej wykonywano u wszystkich pacjentów przed usunięciem drenu (4 lub 5 dzień pooperacyjny), przed wypisem oraz podczas wizyty kontrolnej. Przestrzenie płynowe były definiowane jako zbiorniki płynu o średnicy ≥ 3 cm i klasyfikowane jako bezobjawowe (bez interwencji chirurgicznej) lub objawowe (przez skórny bądź śródoperacyjny drenaż).

Wyniki: Przestrzenie płynowe były zdiagnozowane u 134 (10%) pacjentów. Sześćdziesiąt cztery przestrzenie płynowe ze 134 były bezobjawowe i zniknęły samoistnie po średniej medianie czasu 26,5 dnia (IQR 14–91 dni). Wśród 70 (52%) przestrzeni płynowych wymagających interwencji chirurgicznej było 57 ropni oraz 13 objawowych przestrzeni płynowych niebędących ropniami. Przetoka trzustkowa (*odds ratio* 27,148, 95% *confidence interval* (CI) 6,660 do 110,662) i przetoka jelitowa (*odds ratio* 5,236, 95% CI 1,347 do 20,359) były niezależnymi czynnikami ryzyka formowania się przestrzeni płynowych. Przetoka jelitowa (*odds ratio* 2,276, 95% CI 1,133 do 4,572) była jedynym niezależnym czynnikiem ryzyka przestrzeni płynowych wymagających interwencji chirurgicznej.

Wnioski: U 10% pacjentów rozwijały się różne typy przestrzeni płynowych po wycięciu żołądka z powodu raka. Blisko połowa przestrzeni płynowych była bezobjawowa i zniknęła samoistnie. Przetoka trzustkowa i przetoka jelitowa były niezależnymi czynnikami ryzyka formowania się przestrzeni płynowych. Liczba interwencji chirurgicznych spowodowanych przestrzeniami płynowymi istotnie wzrastała u chorych ze współistniejącą przetoką jelitową.

Słowa kluczowe: przestrzenie płynowe, powikłania po wycięciach raka żołądka.

ABSTRACT

Introduction: Various types of abdominal fluid collections (AFCs) are developed after gastric cancer surgery. Some of them are symptomatic and require interventional treatment. Some aspects related to the natural history of AFCs remain to be clarified to provide knowledge useful for clinical decision making in a postoperative period.

Purpose: The purpose of this study was to analyse the natural history and determine risk factors of them after gastric cancer surgery.

Material and methods: From 1996 to 2012, 1381 patients underwent gastric resections and routine postoperative monitoring with abdominal ultrasound (US). As a unit protocol, US was carried out in all patients prior to drain removal (postoperative day 4 to 5), immediately before discharge and then at the follow-up visit. AFCs were defined as a collection of fluid measuring ≥ 3 cm in diameter and classified as asymptomatic collections (no interventional treatment) or symptomatic collections (need for percutaneous or open drainage).

Results: AFCs were diagnosed in 134 (10%) cases. Sixty-four of 134 AFCs (48%) were asymptomatic and resolved spontaneously after a median follow-up of 26.5 days (IQR 14–91 days). Among 70 (52%) AFCs requiring interventional treatment, there were 57 intra-abdominal abscesses (IAA) and 13 symptomatic non-abscesses AFCs. Pancreatic fistula (*odds ratio* 27.148, 95% *confidence interval* (CI) 6.660 to 110.662) and enteric fistula (*odds ratio* 5.236, 95% CI 1.347 to 20.359) were independent risk factors for AFCs formation. Enteric fistula (*odds ratio* 2.276, 95% CI 1.133 to 4.572) was only independent risk factor for AFCs requiring interventional treatment.

Conclusions: Approximately 10% of patients developed different types of AFCs after surgery for gastric cancer. About 50% of them were asymptomatic and resolved spontaneously. Pancreatic fistula and enteric fistula were independent risk factors for AFCs formation. The number of interventional treatment procedures was significantly higher among patients with coexisting enteric fistula.

Key words: abdominal fluid collections, gastric cancer surgery.

O-00186

WCZESNE ŻYWIENIE DOUSTNE JAKO ELEMENT PRZYSPIESZONEJ REHABILITACJI POOPERACYJNEJ PO ZABIEGACH CAŁKOWITEGO WYCIĘCIA ŻOŁĄDKA Z POWODU RAKA

Marek Sierżęga, Ryszard Choruz, Piotr Kołodziejczyk, Jan Kulig

I Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków

STRESZCZENIE

Wstęp: Doustna podaż pokarmu stanowi integralny element programów przyspieszonej rehabilitacji pooperacyjnej w chirurgii jamy brzusznej. Do chwili obecnej brak jest jednak odpowiednich danych uzasadniających możliwość i bezpieczeństwo wczesnego żywienia doustnego po zabiegach całkowitego wycięcia żołądka.

Cel: Analiza tolerancji i bezpieczeństwa wczesnego żywienia doustnego po zabiegach całkowitego wycięcia żołądka.

Materiał i metody: Dokonano analizy wyników leczenia 725 chorych na raka żołądka, którzy w okresie od 2006 do 2012 roku poddani zostali zabiegom resekcyjnym. Wczesne żywienie zdefiniowano jako doustną podaż płynów w pierwszej dobie pooperacyjnej, a następnie stopniowe wprowadzenie pokarmów stałych w 2. lub 3. dniu po zabiegu. Opóźnione żywienie doustne zdefiniowano jako rozpoczęcie podaży pokarmów stałych od 4. do 6. doby po operacji. Zapotrzebowanie białkowe i kaloryczne do czasu osiągnięcia odpowiedniej podaży pokarmu doustnie pokrywano za pomocą żywienia dojelitowego.

Wyniki: Doustną podaż pokarmu we wczesnym okresie pooperacyjnym wdrożono u 185 z 353 (52%) chorych poddanych całkowitej resekcji żołądka. Czas pobytu w szpitalu po zabiegu w tej grupie chorych [mediana 7 dni, rozstęp międzykwartylowy (IQR) 6–8 dni] był znacznie krótszy ($P < 0,001$) niż w przypadku żywienia doustnego rozpoczynanego później (mediana 8 dni, IQR 7–15 dni). W przypadku wczesnego żywienia doustnego odnotowano znacznie niższy odsetek powikłań chirurgicznych (15% vs 24%, $P = 0,027$) i ogólnych (8% vs 23%, $P = 0,001$) przy porównywalnym odsetku śmiertelności (2,7% vs 3,5%, $P = 0,639$) i reoperacji (5% vs 6%, $P = 0,815$). Nie stwierdzono wpływu wczesnego żywienia na występowanie nieszczelności zespolenia przelykowo-jelitowego.

Wnioski: Wczesne żywienie doustne od 2. lub 3. dnia po zabiegu jest bezpieczne i może poprawić wyniki leczenia chorych poddanych całkowitemu wycięciu żołądka z powodu raka.

Słowa kluczowe: całkowite wycięcie żołądka, rak żołądka, żywienie doustne, powikłania.

ABSTRACT

Introduction: Early oral feeding has gained much attention as a component of enhanced recovery programs in abdominal surgery. However, little data are available supporting feasibility and safety of such feeding in patients after total gastrectomy.

Purpose: Given the paucity of published data, the aim of this study was to analyze feasibility and safety of early oral feeding after total gastrectomy for cancer.

Material and methods: From 2006 to 2012, 725 patients who underwent gastric resections for gastric cancer were identified with all necessary perioperative parameters. Early oral feeding was defined as clear liquid diet on postoperative day (POD) 1 followed by introduction of soft diet on POD 2 or 3. Late oral feeding was defined as initiation of soft diet on POD 4 through 6. Protein and caloric requirements were covered with enteral feeding via a nasogastric tube until adequate oral intake.

Results: Early oral feeding was implemented in 185 of 353 (52%) patients after total gastrectomy. Median length of postoperative hospital stay in patients receiving early oral feeding (7 days, interquartile range [IQR] 6–8) was significantly ($P < 0.001$) shorter than for late feeding (8, IQR 7–15). Patients receiving early oral diet had significantly lower rates of surgical (15% vs. 24%, $P = 0.027$) and general complications (8% vs. 23%, $P = 0.001$) while rates of mortality (2.7% vs. 3.5%, $P = 0.639$) and reoperations (5% vs. 6%, $P = 0.815$) were comparable. Timing of oral feeding did not influence rates of anastomotic leakage.

Conclusions: Early oral feeding starting on POD 2 or 3 is feasible and may improve postoperative outcomes of patients after total gastrectomy for gastric cancer.

Key words: gastrectomy, gastric cancer, oral feeding, complications.

12. godziny pooperacyjnej ($p < 0,05$). Dodatkowo zaobserwowano zmniejszenie bólu pooperacyjnego według skali VAS w 4 i 12 godzinie pooperacyjnej ($p = 0,002$).

Wnioski: Zastosowanie analgezji z wyprzedzeniem u chorych poddawanych radykalnej zmodyfikowanej amputacji piersi zmniejsza śródoperacyjne zużycie fentanylu i nasilenie bólu w okresie pooperacyjnym oraz zmniejszyło zużycie morfiny podawanej metodą PCA.

Słowa kluczowe: rak piersi, analgezja z wyprzedzeniem, ostry pooperacyjny ból.

ABSTRACT

Introduction: Mastectomy is one of options of surgical treatment of the breast cancer that leads to acute post-surgical pain in 20-30% patients. Tissue damage resulting from surgery causes, in the first phase, a nociceptive stimulation reaching CNS, and, in the second step, a transient inflammatory reaction. Preemptive analgesia (PA) is one of the methods of pain treatment used in the perioperative period. The PA strategy originated in early 80s of the last century.

Purpose: In the current study we have tested a hypothesis that PA with bupivacaine 0.25% applied in the area of surgical incision in patients undergoing mastectomy for carcinoma of the breast would reduce post-operative acute pain and would reduce the amount of analgesics used during surgery and in post-operative period.

Material and methods: In the period from July 2009 to March 2013 were enrolled 131 patients who qualified to PA with bupivacaine. Planned the research study was prospective, randomized, in a double-blind. Participants were assigned into two groups: with bupivacaine applied in the area of surgical incision or with placebo. We assessed the intraoperative consumption of fentanyl, the postoperative consumption of morphine delivered using a PCA method and the subjective pain intensity according to VAS score.

Results: 122 patients enrolled to the study were subject into two groups: the group A ($n = 57$) treated with bupivacaine along the line of planned surgical incisions prior to main surgery and the group B treated with placebo ($n = 59$). Between the groups statistically significant difference was observed with respect to: lower fentanyl consumption during surgery ($p < 0.05$), lower morphine (delivered by means of a PCA) consumption between 4th-12th postoperative hour ($p < 0.05$) and significantly lower pain intensity assessed according to VAS score at 4th and 12th hour after surgery ($p < 0.05$ and $p < 0.05$ respectively) for the group A patients.

Conclusions: Preemptive analgesia in breast cancer patients undergoing mastectomy decreases limits the amount of fentanyl used during surgery. In the postoperative period preemptive analgesia decreases pain sensation and reduces the demand for opiates in PCA.

Key words: breast cancer, preemptive analgesia, acute postoperative pain.

Ostry ból okołoperacyjny

O-00070

WPLYW ZNIECZULENIA MIEJSCOWEGO RANY PRZED DOKONANIEM CIĘCIA CHIRURGICZNEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA U CHORYCH Z RAKIEM PIERSI PODDANYCH RADYKALNEJ ZMODYFIKOWANEJ AMPUTACJI PIERSI

Jacek Zieliński¹, Radosław Jaworski²,
Andrzej Sadowski³, Iwona Chruścicka¹,
Janusz Jaśkiewicz¹

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Oddział Kardiochirurgii Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku

³Oddział Chirurgiczny Szpitala Powiatowego w Tczewie

STRESZCZENIE

Wstęp: Radykalna zmodyfikowana amputacja piersi jest jedną z metod chirurgicznego leczenia raka piersi, a jej przeprowadzenie wiąże się z występowaniem ostrego bólu pooperacyjnego u 20–30% operowanych. Uraz tkanek towarzyszący zabiegom chirurgicznym wywołuje w pierwszym etapie stymulację nocyceptywną docierającą do CUN, a w drugim przejściową reakcję zapalną. Jedną z metod zwalczania bólu w okresie okołoperacyjnym jest analgezja z wyprzedzeniem (ang. *preemptive analgesia* – PA), której koncepcja pojawiła się we wczesnych latach 80.

Celem pracy była ocena skuteczności ostrzyknięcia rany operacyjnej 0,25% bupiwakainą przed cięciem chirurgicznym u pacjentek poddanych amputacji piersi z powodu raka – czy zmniejszy zużycie leków przeciwbólowych w czasie operacji oraz w okresie pooperacyjnym.

Materiał i metody: W okresie od lipca 2009 r. do marca 2013 r. zakwalifikowano 131 chorych, których kwalifikowano do badania polegającego na ostrzyknięciu rany bupiwakainą przed dokonaniem cięcia chirurgicznego. Praca miała charakter badania prospektywnego, z randomizacją, metodą podwójnie ślepej próby. Chorzy zostali przydzieleni w sposób losowy do jednej z grup: w grupie A ranę ostrzykiwano bupiwakainą, w grupie B ranę ostrzykiwano solą fizjologiczną (placebo). W pracy oceniano: śródoperacyjne zużycie fentanylu, zużycie morfiny w okresie pooperacyjnym metodą PCA oraz poziom bólu według skali VAS.

Wyniki: Do badania ostatecznie zakwalifikowano 122 kobiety, z których do grupy A (bupiwakaina) włączono 57 chorych, a do grupy B (placebo) 59 chorych. Wśród ostatecznie analizowanych chorych w grupie A w porównaniu z grupą B stwierdzono istotnie statystycznie mniejsze śródoperacyjne zużycie fentanylu w czasie operacji ($p < 0,05$), mniejsze zużycie morfiny podawanej metodą PCA w okresie od 4. do

Cholecystektomia laparoskopowa

O-00238

SILS – CHOLECYSTEKTOMIA

Wiesław Pesta

Oddział Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Szpital ZOZ w Łęcznej

STRESZCZENIE

Wstęp: Przedstawiono film pokazujący aspekty techniczne laparoskopowej cholecystektomii z jednego cięcia – SILS.

Celem prezentacji jest przedstawienie techniki operacyjnej z użyciem SILS-portu oraz klasycznymi urządzeniami laparoskopowymi używanymi do wycięcia pęcherzyka żółciowego.

Materiał i metody: Na filmie pokazano operację wycięcia pęcherzyka żółciowego z pojedynczego cięcia pępkowego z użyciem elastycznego szpulkowego SILS-portu. Przedstawiono sposób aplikacji SILS-portu, a także technikę traktacji pęcherzyka żółciowego pozwalającą na uwidocznienie szczegółów anatomicznych wnęki wątroby. Zwrócono uwagę na technikę preparowania i wycięcia pęcherzyka żółciowego, posługując się klasycznymi narzędziami laparoskopowymi. Pokazano sposób plastycznie rekonstrukcji pępka po wykonanej operacji.

Wnioski:

1. Technika SILS-cholecystektomii daje możliwość wycięcia pęcherzyka żółciowego bez pozostawienia widocznej na ciele blizny.
2. SILS-cholecystektomia jest techniką możliwą do zastosowania w doświadczalnym zespole i wybranych wskazaniach.

Słowa kluczowe: SILS, cholecystektomia.

O-00179

OPERACJE CHIRURGICZNE Z ZASTOSOWANIEM ROBOTA DA VINCI

Wojciech Witkiewicz, Marek Zawadzki, Jakub Turek, Marek Rząca, Rafał Mulek, Jerzy Banaszek

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Laparoscopia jest obecnie standardem postępowania w chirurgicznym leczeniu wielu łagodnych i złośliwych schorzeń jamy brzusznej. Niektóre niedogodności techniki laparoskopowej mogą zostać pokonane dzięki zastosowaniu robotów medycznych.

Cel: Prezentowana praca ma na celu przedstawienie naszych doświadczeń w operacjach wykonywanych z zastosowaniem robota da Vinci.

Materiał i metody: W okresie od grudnia 2010 do czerwca 2013 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu wykonano łącznie 120 operacji z zastosowaniem robota. Wykonano 38 radykalnych prostatektomii (RARP), 25 operacji resekcyjnych jelita grubego (CRR), 13 histerektomii, 10 splenektomii, 9 operacji bariatrycznych i inne.

Wyniki: Do naszych pierwszych wykonywanych samodzielnie operacji robotowych należały cholecystektomie i splenektomie. Wraz z nabyciem doświadczenia robot chirurgiczny zaczął być stosowany do bardziej kompleksowych procedur, takich jak RARP, CRR czy splenektomia w przypadku masywnej splenomegalii. W naszej serii odnotowaliśmy ogółem 7 przypadków konwersji do zabiegu otwartego (6%) z powodu krwawienia śródoperacyjnego i wzrostów pooperacyjnych. Nie odnotowano zgonów w okresie okołoperacyjnym. Do najczęstszych powikłań należały niedrożności przewodu pokarmowego, które wystąpiły w 9 przypadkach.

Wnioski: Robot chirurgiczny jest nowym narzędziem chirurgii małoinwazyjnej, które może być z powodzeniem stosowane w leczeniu łagodnych i złośliwych schorzeń jamy brzusznej. Zalety robota da Vinci są najbardziej widoczne w kompleksowych operacjach, wymagających precyzyjnego preparowania tkanek lub szycia wewnątrz jamy brzusznej. Badania randomizowane porównujące wyniki operacji techniką robotową, laparoskopową i klasyczną są niezbędne do określenia jednoznacznych wskazań do stosowania robotów medycznych w chirurgii ogólnej i urologii.

Słowa kluczowe: chirurgia robotowa, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic colorectal surgery has become a mainstay in the treatment of the variety of benign and malignant surgical diseases. There are inherent limitations to conventional laparoscopy which can be overcome by the robot.

Purpose: Here we present our experience with robotic and robot-assisted procedures.

Material and methods: From December 2010 through June 2013, we performed a total of 120 totally robotic and robot assisted procedures. These included 38 radical prostatectomies (RARP), 25 colorectal resections (CRR), 13 hysterectomies (RALH), 10 splenectomies, 5 bariatric procedures and others.

Results: Our experience began with simple procedures such as cholecystectomy and gradually progressed to more complex procedures such as RALP, CRR or splenectomy for massive splenomegaly. There were 7 conversions across all case type (6%) due to intraoperative bleeding or adhesions. There were no mortality in our series. Postoperative complications included 9 patients with ileus or small bowel obstruction.

Conclusions: Robotic colon and rectal resections are safe and feasible options for the treatment of both benign and malignant disease processes. The advantages of the robot are most apparent in complex procedure requiring precise dissection or advanced suturing. Further studies comparing oncologic and perioperative outcomes of robotic,

laparoscopic, and open techniques are needed to determine the utility and efficacy of this technology in the field of urology and general surgery.

Key words: robotic surgery, laparoscopic.

Laparotomia po urazie

O-00010

ZAKRES POSTĘPOWANIA TYPU „DAMAGE CONTROL” PRZED PRZEKAZANIEM CHORYCH Z CIĘŻKIMI URAZAMI CIAŁA DO CENTRUM URAZOWEGO

THE SCOPE OF THE TYPE OF “DAMAGE CONTROL” TREATMENT PATIENTS WITH SEVERE BODY INJURIES PRIOR TO THE TRANSFER TO THE TRAUMA CENTER

Zbysław Grajek^{1,2}, Jerzy Robert Ładny^{3,4}, Jacek Dadan⁴

¹Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

²Instytut Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

³Katedra Medycyny Ratunkowej i Katastrof UM w Białymstoku

⁴I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UM w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Rozwój transportu kołowego w strefach przygranicznych związanych z zacieśnianiem współpracy sąsiadujących krajów wpływa na zwiększenie liczby wypadków komunikacyjnych. Szpital posiadający szpitalny oddział ratunkowy przyjmuje chorych z bezpośredniego rejonu działania Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego (trzy powiaty i powiat grodzki) oraz z rejonu działania bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (6 powiatów) zlokalizowanej w tym samym mieście co szpital. Szpitale w tych powiatów nie posiadają SOR-ów. Centrum Urazowe znajduje się w szpitalu klinicznym oddalonym o 130 km.

Celem pracy jest przedstawienie zasad postępowania chirurgicznego u chorych po urazach z ciężkimi obrażeniami ciała, których stan ogólny i miejscowy nie pozwala na jednoetapowe leczenie uszkodzeń.

Materiał i metody: Autorzy przedstawiają pracę pogładową opartą na przeglądzie literatury i własnym doświadczeniu wynikającym ze współpracy szpitala posiadającego szpitalny oddział ratunkowy z Centrum.

Wyniki: W pracy przedstawiono łańcuch postępowania z chorymi urazowymi od pomocy przedszpitalnej poprzez szpitalne oddziały ratunkowe i oddziały chirurgiczne aż po centra urazowe. Omówiono postępowanie mające na celu zminimalizowanie szkód w pierwszym etapie leczenia chirurgicznego. Przyjęło się określać ten typ działania angielskim wyrażeniem „damage control”. Ustabilizowanie chorego pozwala na wykonanie leczenia ostatecznego na miejscu lub wysłanie do centrum urazowego.

Wnioski: Leczenie ostateczne powinno się odbywać w szpitalu dysponującym kadrą i zapleczem technicznym umożliwiającymi wykonanie definitywnych operacji we wszystkich polach operacyjnych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie centrum urazowego określa przypadki, w których należy kierować chorych do centrum urazowego. Funkcjonowanie centrów nie zwalnia z obowiązku ustabilizowania stanu chorego z lekarzy szpitala posiadającego oddział ratunkowy. W osiągnięciu tego celu mają zastosowanie procedury typu „damage control”.

Słowa kluczowe: oddział, ratunkowy, centrum, urazowe.

ABSTRACT

Introduction: The development of wheeled transport in boarder zones, connected with greater cooperation between neighbouring countries, results in an increase of traffic accidents. A hospital equipped with a Hospital Emergency Department admits patients from the direct action area of a Voivodship Emergency Station (three poviats and an urban poviat) as well as from the action area of Medical Air Rescue base (six poviats) located in the same city as the hospital. In these poviats hospitals are not equipped with a Hospital Emergency Department. A Trauma Centre is located in a hospital distant by 130 km.

The aim of the work is to present the rules of surgical treatment of trauma patients with severe injuries whose general and local symptoms do not allow for a one-stage injury treatment.

Material and methods: The authors present a demonstrative work based on an overview of literature and their own experience gathered from cooperation with a hospital equipped with a Hospital Emergency Department and Trauma Centre.

Results: In the work a trauma patient chain of treatment, from extramural help through hospital emergency rooms and surgical wards until trauma centres, was presented. The procedures were discussed aimed at minimalizing damages at the first stage of surgical treatment. Stabilising patients allows for conducting final treatment on the spot and sending them to trauma centre.

Conclusions: The final treatment should take place in a hospital equipped with staff and technical supply base allowing to perform final surgeries in all sterile fields. The Minister of Health regulation concerning trauma centres determines cases in which patients are to be sent to trauma centres. The functioning of trauma centres does not lift the responsibility from the doctors in an emergency room to stabilise a patient. In accomplishing this goal, "damage control" procedures are implemented.

Key words: emergency, departament, trauma, center, damage, control.

O-00038

PRZYPADKOWY URAZOWY PĘKNIĘCIA TRZUSTKI – SKOJARZONE POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE I ENDOSKOPOWE

Izabela Paszkiewicz, Cezary Płatkowski, Marek Dobosz

Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Pomorskie Centrum Traumatologii w Gdańsku

STRESZCZENIE

Wstęp: Pourazowe izolowane uszkodzenia trzustki należą do wyjątkowej rzadkości i wciąż stanowią istotny problem diagnostyczno-terapeutyczny. Wdrożenie szybkiej interwencji chirurgicznej lub postępowania endoskopowego odpowiedniego do stopnia uszkodzenia narządu jest elementem kluczowym, decydującym o ostatecznych wynikach leczenia.

Cel: Przedstawienie przypadku izolowanego uszkodzenia trzustki (AAST st. III).

Materiał i metody: 27-letnia kobieta po doznanym tępym urazie brzucha. Mechanizm urazu – kopnięcie w nadbrzusze. W TK jamy brzusznej stwierdzono w obrębie cieśni trzustki poprzeczne hipodensyjne pasmo szerokości 8 mm odpowiadające przerwaniu ciągłości mięszu gruczołu z wyraźnym oddzieleniem jej fragmentów. Ze względu na narastanie objawów otrzewnowych w kolejnych godzinach obserwacji pacjentka zakwalifikowana do ERCP. Po zakontrastowaniu dystalnego odcinka przewodu Wirsunga obserwowano masywny wyciek kontrastu do przestrzeni zaotrzewnowej. Podjęta próba endoskopowego wprowadzenia stentu pomostującego przewód trzustkowy nie powiodła się. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Wykonano sfinkterotomię, endoskop z przewodnikiem pozostawiono w p. Wirsunga. Śródoperacyjnie stwierdzono całkowite przerwanie ciągłości mięszu trzustki w obrębie cieśni. Odpreparowano brzegi trzustki, odnaleziono przewodnik endoskopowy, który wprowadzono do proksymalnego odcinka przewodu Wirsunga. Założono protezę Amsterdam grubości 7 Fr, dł. 12 cm, na której dokonano zeszczenia trzustki szwami pojedynczymi PDS 2/0.

Wyniki: Przebieg pooperacyjny powikłany obecnością przetoki trzustkowej skutecznie kontrolowanej drenażem. Pacjentka w 26. dobie po operacyjnej wypisana z Oddziału z wydzieleniem z przetoki do 200 ml na dobę. TK jamy brzusznej wykonane w 41. dobie po zabiegu wykazało obecność niewielkiego (śr. 30 mm) ograniczonego zbiornika płynowego w obrębie cieśni trzustki. W ERCP wykonanym w 63. dobie pooperacyjnej wykazano szczelność przewodu Wirsunga na całej długości.

Wnioski: Skojarzone postępowanie endoskopowe i operacyjne po urazach trzustki jest postępowaniem skutecznym, pozwalającym na uniknięcie zabiegu okaleczającego oraz zaoszczędzenie mięszu gruczołu.

Słowa kluczowe: trzustka, uraz.

ABSTRACT

Introduction: Isolated posttraumatic pancreatic injuries are very rare and are still a diagnostic and therapeutic problem. The implementation of prompt surgical intervention or endoscopic procedure appropriate to the degree of organ damage is a key determinant of the final results of treatment.

Purpose: Present the case of posttraumatic pancreas injury (AAST III degree).

Material and methods: 27-year-old woman after a blunt abdominal trauma. The mechanism of injury was a kick in the stomach. Abdominal CT demonstrated transverse hypodensic 8 mm band hematoma at the

pancreatic isthmus corresponding to the interruption of the continuity of the gland parenchyma with a clear separation of the fragments. Due to the growth of peritoneal signs in the following hours of observation the patient was qualified for ERCP. After visualising the distal Wirsung's duct massive contrast leakage to the retroperitoneal space was observed. Stent placement at the ERCP failed. Operative decision with intraoperative pancreatography was made. Sphincterotomy was performed, and an endoscope with a guidewire left. Intraoperative examination revealed complete disruption of glandular body and duct. Edges of the pancreas were dissected, endoscopic guidewire was found and introduced into the proximal Wirsung's duct. Prosthesis Amsterdam (7 FR, 12 cm length) was placed and pancreas was sutured on the prosthesis.

Results: Postoperative course was complicated by pancreatic fistula which was effectively controlled by drainage. The use of sandostatin reduced the secretion. Patient was discharged on 26th postoperative day with the fistula output amounting 200 ml per day. Control abdominal CT performed at 41th day after surgery showed the presence of a minor (30 mm) peripancreatic fluid reservoir. The ERCP performed at the 63th postoperative day revealed no leaks along entire length of Wirsung's duct.

Conclusions: Endoscopic procedure after pancreatic trauma is effective and helps to avoid large pancreatic resection.

Key words: pancreas injury.

Skojarzone leczenie chorych na nowotwory przewodu pokarmowego

O-00110

PRZETOKI ODBYTNICZO-POCHWOWE PO RADIOTERAPII – STARY NOWY PROBLEM?

Piotr Zelga¹, Marcin Tchórzewski¹, Janusz Sobotkowski², Adam Dziki¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Zakład Radioterapii Ginekologicznej, Regionalne Centrum Onkologiczne w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Przetoki odbytniczno-pochwowe po radioterapii (RVF) są przewlekłym i ciężkim schorzeniem ze znaczącym wpływem na jakość życia chorego. Coraz szersze zastosowanie radioterapii w leczeniu onkologicznym nowotworów miednicy, często jako leczenie uzupełniające leczenie operacyjne, wyłania nową grupę pacjentów, wymagających od chirurga kompleksowego podejścia do leczenia przetok.

Cel: Ocena wyników leczenia operacyjnego oraz jakości życia chorych z przetoką odbytniczno-pochwową po radioterapii.

Materiał i metody: 70 pacjentek leczonych w Klinice Chirurgii z powodu RVF w latach 2003–2012, a wcześniej poddanych radioterapii w Zakładzie Radioterapii z powodu nowotworów narządów rodnych zostało wprowadzonych do bazy danych zawierających pełne informacje dotyczące leczenia onkologicznego i chirurgicznego. Pacjentki poddano następnie *follow-up* w poradni chirurgicznej aż do 5 lat po operacji, oceniając wyniki leczenia i jakość życia. Zebrane dane zanalizowano pod kątem czynników ryzyka oraz wczesnych i odległych wyników leczenia chirurgicznego przetok.

Wyniki: W rozwoju przetok odbytniczno-pochwowych większe znaczenie ma długość zastosowanej radioterapii, a nie całkowita pochłonięta dawka promieniowania ($p < 0,014$). Chirurgiczne wycięcie nowotworu wraz z radioterapią zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia RVF, ale nie ma wpływu na lokalizację przetoki ($p < 0,01$). Chemioterapia nie wpływa na tworzenie się przetok. Wyłonienie stomii pozostaje jedynym sposobem leczenia RVF po radioterapii. Tylko u 7 chorych z przetoką odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego. Wiek pacjentów nie ma wartości prognostycznej w tworzeniu się i leczeniu RVF. W grupie pacjentów z niekorzystnym przebiegiem choroby podstawowej powikłania po radioterapii oraz operacji z powodu przetoki były częstsze niż u chorych bez aktywnego procesu nowotworowego ($p < 0,014$).

Wnioski: Zastosowanie brachyterapii i teleterapii jednocześnie w zakresie dawek terapeutycznych nie zwiększa ryzyka występowania RVF, które pojawiają się częściej po wydłużonym stosowaniu radioterapii. Pomimo słabych wyników leczenia i wysokiej świadomości choroby, zadolenie pacjentów z życia oceniano jako średnie lub wysokie.

Słowa kluczowe: przetoka odbytniczno-pochwowa, powikłania po radioterapii, kolostomia, brachyterapia, leczenie chirurgiczne.

ABSTRACT

Introduction: Radiation induced rectovaginal fistula (RVF) is chronic and serious condition with significant influence on patient's quality of life. More common use of radiotherapy in oncologic treatment of pelvic malignancies, frequently as an adjuvant therapy after surgical procedures, setup new group of patients regarding from a surgeon more complex approach to management of fistulas.

Purpose: The aim of this study is to analyze and asses: the influence of radiotherapy treatment on development of RVF, the results of surgical treatment of rectovaginal fistulas, together with quality of life of patients previously undergoing radiotherapy.

Material and methods: 70 patients hospitalized with RVF in surgical department between 2003-2012 and earlier in Gynecological Radiotherapy Unit because of gynecologic malignancy were enrolled into prospective database, concerning oncologic and surgical treatment of cancer and RVF. Each patient underwent follow-up in outpatient clinic up to 5 years, during which surgical outcomes and quality of life were assessed.

Results: More influence on developing fistulas has the length of applied radiotherapy, rather than total absorbed radiation dose ($p < 0.014$). Surgical cancer excision together with radiotherapy increase the probability of fistulas development, but has no influence on fistulas placement ($p < 0.01$). Chemotherapy plays no role in fistulas development. Fecal diversion remains the only way of treatment of radiation induced RVF. Only in 7 patients after operation the continuity of gastrointestinal tract were than restored. Patients age has no prognostic value in development and healing of RVF. In group of patients with fatal course of primary disease, complications both after radiotherapy and fistula's operation were more common than in patients without active neoplastic process ($p < 0.014$).

Conclusions: Applying brachy- and teletherapy at the same time in terms of therapeutic dose does not increase the risk of development of RVF, which tend to appear rather after long-time scheme of radiotherapy. Despite poor treatment outcomes and high conscious of morbidity, patients satisfaction of life was assessed as moderate or high.

Key words: rectovaginal septum fistula, colostomy, radiation injury, surgical treatment, brachytherapy.

O-00200

WYNIKI ODLEGŁE PRZEDOPERACYJNEGO SKOJARZONEGO LECZENIA ZAAWANSOWANEGO RAKA ODBYTNYCY

LONG-TERM RESULTS OF PREOPERATIVE COMBINED ADVANCED RECTAL CANCER TREATMENT

Michał Jankowski, Manuela Las-Jankowska, Dariusz Bała, Wojciech Zegarski

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak odbytnicy należy do nowotworów o najbardziej rosnącej zachorowalności. Najlepsze wyniki leczenia można osiągnąć przy stosowaniu leczenia skojarzonego.

Cel: Ocena wyników odległych leczenia skojarzonego zaawansowanego raka odbytnicy.

Materiał i metody: W latach 2001–2012 zoperowano 1066 chorych z rakiem odbytnicy. Wyniki odległe oceniano po 5 latach, u 365 chorych, u których wykonano radykalny zabieg resekcyjny. Z uwagi na cechy nieresekcyjności guza w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) i w badaniu klinicznym, 50 chorych zakwalifikowano do przedoperacyjnego leczenia skojarzonego. Celem uzyskania efektu zmniejszenia wielkości guza (*downstaging*) stosowano radioterapię tzw. długim programem (50,4 Gy) oraz radioterapię skojarzoną z chemioterapią (2 serie LF1). Retrospektywnej ocenie poddano szereg cech, m.in. wpływ powikłań okołoperacyjnych, rodzaj zabiegu, stopień odpowiedzi patologicznej.

Wyniki: Udowodnione przeżycia całkowite 5-letnie (*overall survival* – OS) w całej obserwowanej grupie 365 chorych wyniosły 57,5%, a 5-letnie przeżycia wolne od choroby (*disease free survival* – DFS) 52,6%. W grupie 50 chorych, u których resekcja została przeprowadzona po leczeniu przedoperacyjnym, w obserwacji po 5 latach znajdowało się odpowiednio 61% i 60% osób. Nawrót choroby zaobserwowano

u 18 (36%) chorych (rozszew u 15 (30%) chorych, wznowa miejscowa u 7 (14%), u 4 chorych oba rodzaje) wobec 89 (24,3%) nawrotów w całej badanej grupie (odpowiednio: 76 (20,8%), 27 (7,4%), u 15 oba rodzaje).

Wnioski:

1. Leczenie skojarzone raka odbytnicy, daje możliwość osiągnięcia dobrych wyników pomimo wysokiego lokoregionalnego zaawansowania klinicznego.
2. Wnikliwa ocena przed zabiegiem operacyjnym i prawidłowa kwalifikacja do leczenia skojarzonego, daje możliwość poprawy wyników leczenia.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, radiochemioterapia, wyniki leczenia.

ABSTRACT

Introduction: Rectal cancer belongs to cancers with increasing incidence. The best treatment results can be obtained using combined treatment.

Purpose: Assessment of long-term results of rectal cancer combined treatment.

Material and methods: 1066 patients with rectal cancer were operated starting from 2001 until 2012. Long-term results were assessed after 5 years, among 365 patients who underwent radical resection surgery. Due to the features of non-resection tumour in imaging examination (ultrasonography, CT, MR) in clinical examination 50 patients were qualified to prior to surgical combined advanced treatment. In order to achieve the effect of tumour downstaging so called long programme radiotherapy (50.4 Gy) and radiotherapy combined with chemotherapy (2 series LF1) were applied. A number of features such as the influence of perioperative complications, surgery type and pathological response grade were assessed retrospectively.

Results: Proved overall 5-year-survival among the whole group of 365 patients observed was 57.5% and 5-year disease free survival was 52.6%. Among 50 patient group, who underwent resection after prior to surgical treatment, in observation after years there were respectively 61% and 60% people. Disease relapse was observed among 18 (36%) of patients (spread among 15 patients (30%), local recurrence among 7 (14%) of patients, among 4 both types related to 89 (24.3) relapses in the whole group examined (respectively 76 (20.8%), 27 (7.4%) among 15 both types).

Conclusions:

1. Rectal cancer combined treatment gives possibility of reaching good results in spite of high local and regional clinical advancement.
2. An insightful assessment before surgery and correct qualifying for combined treatment gives possibility of improving treatment results.

Key words: rectal cancer, radiochemotherapy, outcomes.

O-00064

JAK WYNIKI LECZENIA CHORYCH NA ZAAWANSOWANE NOWOTWORY PODŚCIELISKOWE PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) ULEGŁY POPRAWIE W CIĄGU 10 LAT? KIM SĄ CHORZY O NAJDŁUŻSZYCH PRZEŻYCIACH?

HOW DID THE RESULTS OF ADVANCED GIST TREATMENT IMPROVE OVER 10 YEARS: WHO ARE LONG TERM SURVIVORS?

Piotr Rutkowski¹, Jolanta Andrzejuk¹, Czesław Osuch², Wirginusz Dziewirski¹, Marcin Zdzenicki¹

¹Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

²Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Wprowadzenie imatynibu do praktyki klinicznej zrewolucjonizowało leczenie zaawansowanych GIST.

Cel: Dane dotyczące długoletnich przeżyć są obecnie przedmiotem analizy.

Materiał i metody: Analizie poddano dane 430 chorych na nieoperacyjne/przerzutowe/nawrotowe GIST leczonych imatynibem (IM) w latach 2001–2009 w ośrodkach polskich i porównano wyniki terapii w trzech okresach inicjowania leczenia IM: 2001–2003, 2004–2006, 2007–2009. Ocenie poddano możliwe czynniki związane z długotrwałymi przeżyciami. Mediana okresu obserwacji wyniosła 48 miesięcy.

Wyniki: W analizowanych okresach uległa zmniejszeniu mediana maksymalnej wielkości największego guza nowotworowego w chwili rozpoczęcia leczenia IM: 90,5 mm (2001–2003) vs 74 mm (2004–2006) vs 60 mm (2007–2009) ($p = 0,002$). Mediana przeżycia wolnego od progresji choroby (PFS) podczas leczenia IM w 1-szej linii wyniosła 7,56 miesiąca, nie stwierdziliśmy różnic w PFS pomiędzy chorymi leczonymi w 3 analizowanych okresach. Mediana przeżyć całkowitych (OS) wyniosła 5,8 roku, odsetek 8-letnich OS – 43%, nie stwierdzono różnic w OS między chorymi leczonymi w 3 analizowanych okresach. Negatywne czynniki rokownicze dla OS były następujące: maksymalna wielkość guza przy rozpoczęciu leczenia IM > 10 cm, brak mutacji lub mutacje zlokalizowane poza eksonami 9 i 11 genu KIT, zwiększony poziom neutrocytów, niskie stężenia hemoglobiny lub albumin, stan sprawności wg WHO > 1 , brak resekcji zmian resztkowych w czasie terapii IM. Niezależne korzystne czynniki rokownicze dla dłuższych OS to: resekcja zmian resztkowych, wyjściowe prawidłowe stężenia albumin i PS 0/1.

Wnioski: Obecnie mediana OS w zaawansowanych GIST osiąga 6 lat. Chorzy o długim przeżyciu (OS > 5 lat) charakteryzowali się mniejszą maksymalną wielkością zmian nowotworowych w chwili rozpoczęcia leczenia IM, lepsze wyniki badań laboratoryjnych krwi, lepszy stan sprawności i częstsze stosowanie resekcji zmian resztkowych. Leczenie chirurgiczne może zmniejszać wpływ wielkości guza nowotworowego i wyrównuje długotrwałe efekty leczenia w ciągu ostatniego dziesięciolecia od wprowadzenia IM; po wprowadzeniu kolejnych linii terapii wpływ pierwotnego statusu mutacyjnego na przeżycia odległe jest mniej dostrzegalny.

Słowa kluczowe: GIST, imatinib, mięsak, przeżycia.

ABSTRACT

Introduction: The introduction of imatinib (IM) to clinical practice revolutionized therapy of advanced gastrointestinal stromal tumors (GISTs).

Purpose: The long-term results of this therapy have been only just collected.

Material and methods: We have analyzed the data of 430 inoperable/metastatic/recurrent GIST patients treated with imatinib between 2001-2009 in reference centers and compared the outcomes in three periods of initiation of IM therapy (2001-2003, 2004-2006, 2007-2009). We have attempted to identify factors related to long-term-survival. Median follow-up time was 48 months.

Results: During analyzed time periods we have found decrease of median largest tumor size at the start of IM therapy: 90.5 mm (2001-2003) vs. 74 mm (2004-2006) vs. 60 mm (2007-2009) ($p = 0.002$). Median progression-free survival (PFS) on 1st line imatinib was 37.5 months, without differences in PFS between patients treated in 3 analyzed time periods. Median overall survival (OS) was 5.8 years, 8-years OS rate was 43%, and no differences in OS was demonstrated for patients treated in 3 analyzed time periods. Negative prognostic factors for OS were: maximal tumor size at IM start > 10 cm, tumor genotype other than KIT mutations, high neutrophil count, low hemoglobin or albumin level, WHO performance status (PS) > 1 , lack of resection of residual disease during IM. Independent good prognostic factors for longer OS were: surgery of residual disease, initial normal albumin level and PS 0/1.

Conclusions: Current median OS in advanced GISTs exceeds 6.5 years. Long-term survivors (OS > 5 years) were characterized by smaller maximal tumors at IM start, better blood tests results, better performance status and more commonly use of surgical removal of residual disease. The latter might reduce the impact of tumor size and equalize the long-term results of therapy during last decade from introduction of imatinib. After introduction of subsequent lines of therapy (as sunitinib) the effect of primary mutational status on long-term OS is also less visible.

Key words: GIST, imatinib, sarcoma, survival.

Torakotomia po urazie

O-00083

LECZENIE WEWNĄTRZNACZYNIOWE URAZÓW AORTY PIERSIOWEJ

Małgorzata M. Szostek, Wawrzyniec Jakuczun, Ryszard Pogorzelski, Abdul Alagbari

Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Uszkodzenia aorty i tętniaki pourazowe powstają w wyniku ostrego lub tępego urazu klatki piersiowej. Tylko 10% dotyczy tępych urazów – zwykle wypadku komunikacyjnego, najczęściej motocyklowego.

Cel: Ocena wyników leczenia pourazowych tętniaków aorty za pomocą stentgraftów.

Materiał i metody: W latach 2000–2013 leczylimy 44 chorych z powodu pourazowego uszkodzenia aorty. 93% było ofiarami wypadku komunikacyjnego. 81,8% stanowili mężczyźni. W 75% rozpoznano stopień 4 urazu aorty wg klasyfikacji Azzadeha, w 25% stopień 2 i 3. W 97,7% pęknięcie stwierdzono w miejscu typowym – w cieśni aorty. W 62,7% rozerwaniu aorty towarzyszyły inne urazy wielonarządowe. Wszystkich pacjentów po wykonaniu tomografii komputerowej operowano. Ze względu na towarzyszące urazy w 52,3% w znieczuleniu ogólnym. W 93,1% stent-graft wprowadzono z dostępu przez prawą tętnicę udową. U 25 przykryto odejście lewej tętnicy podobojczykowej.

Wyniki: U wszystkich chorych wprowadzono i rozprężono stent-graft, uszczelniając miejsce pęknięcia aorty. 12 pacjentów po operacji naczyniowej operowano z powodu innych urazów i złamań. U jednego chorego w przebiegu pooperacyjnym wystąpił udar z zespołem prawostronnym. U 2 chorych w badaniach kontrolnych stwierdzono przeciek IA, wymagający u jednego pacjenta plastyki balonem, u drugiego dostawki proksymalnej. U jednego chorego stwierdzono podgięcie stent-graftu wymagające plastyki balonem. 6 pacjentów zmarło jednak z powodu powikłań wielonarządowych związanych z przebyłym urazem. W obserwacji odległej przeżywa 36 chorych. Jeden pacjent był operowany przez kardiochirurgów z powodu objawów koarktacji aorty w wyniku podgięcia stent-graftu w łuku aorty. U jednego chorego stwierdzono migrację stent-graftu wymagającą implantacji przedłużki proksymalnej. U 2 chorych podgięcie stent-graftu wymagało w jednym przypadku plastyki balonem, w drugim – założenia dostawki.

Wnioski: Leczenie wewnątrznacyniowe jest postępowaniem z wyboru w urazach aorty piersiowej. Obarczone jest niższym ryzykiem powikłań niż operacja klasyczna. Zgony w przebiegu pooperacyjnym nie są związane z przeprowadzoną operacją, a są spowodowane innymi towarzyszącymi urazami wielonarządowymi.

Słowa kluczowe: urazy klatki piersiowej, tętniaki pourazowe aorty.

ABSTRACT

Introduction: The most frequent cause of thoracic aortic rupture is the trauma of the chest. Penetrating injury provide to massive bleeding and death at the accident site. Only 10% are patients with blunt trauma due to traffic accident – most often motorbike or fall from high.

Purpose: To evaluate results of endovascular treatment posttraumatic thoracic aorta aneurysms.

Material and methods: Between 2000-2013, 44 patients were operated with posttraumatic thoracic aortic rupture. 97% were victims of traffic accidents. Among them 81.8% were men. In 75% the fourth degree of aortic rupture according to Azzadeh classification was diagnosed, in 25% second and third. In 97% aneurysm was localised below left subclavian artery in aortic isthmus. In 62.7% concomitant multiorgan injury were found. All patients were operated after once CT was done, 52.3% in general anaesthesia. In 93.1% stentgraft was inserted from right groin. In 25 patients origin of LSA was cover due to insufficient neck.

Results: In all cases stentgraft was placed as planned and in control angio the completely exclusion of aneurysm was found with no sign of endoleak. 12 patients required other than vascular operation due to other organ injuries. In postoperative period in 1 patient stroke was diagnosed, in 2 patients endoleak type I A was found required in 1 case balloonplasty and in 1 case proximal extension. In 1 patient infolding of the stentgraft was recognized, fixed by balloonplasty. 6 patients died but due to other injury and multiorgan failure. In follow-up 1 patient required

cardiac operation due to stentgraft infolding and coarctation symptoms. 1 patient was operated with distal extension due to stentgraft migration. 2 patient due to infolding required reoperation – in 1 case balloonplasty, in other proximal extension.

Conclusions: Endovascular treatment of traumatic rupture of thoracic aorta is the method of choice. The risk of endovascular operation is lower than in classical open procedures. Post operative death is not connected with endovascular operation but as a result of other multiorgan failure due to accident.

Key words: posttraumatic aortic aneurysms, thoracic trauma.

Powikłania po operacjach małoinwazyjnych

O-00090

LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY

Stanislav Czudek¹, Józef Dzielicki², Grzegorz Kowalski³, Michal Dyaczyński³

¹Lékařská Fakulta, Ostravská Univerzita, Česká Republika

²EMC, Ozimek, Polska

³OSK, Katowice, Polska

ABSTRACT

Introduction: Authors report their experiences with laparoscopic resection for colorectal cancer. They asses the type of perioperative and early postoperative surgical complications.

Purpose: Complications of laparoscopic colorectal surgery.

Material and methods: From 1st January 2002 to 31th December 2012, the surgical teams operated 2183 patients with colorectal cancer. In 1811 patients, the laparoscopic resection was completed. 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 173 (9.6%) patients (of the total 1811 laparoscopic resections), the laparoscopic procedure was converted. The rate of perioperative complications was 4.0% (73 patients) and the rate of early postoperative surgical complications was 13.0% (234 patients). 35 patients in our study group exited before the postoperative day 30. 14 of these cases were directly related to surgical postoperative complications.

Conclusions: 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.

Key words: laparoscopy, colorectal surgery, complications.

O-00055

POWIKŁANIA LAPAROSKOPOWYCH RESEKCJI OKRĘŻNICY I ODBYTNICY

Jacek Rać, Dariusz Janczak, Radosław Zawisza, Jerzy Pawełczyk

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Praca ta przedstawia 5-letnie doświadczenie zespołu, które zdobyliśmy podczas przeprowadzania laparoskopowych resekcji okrężnicy i odbytnicy z powodu raka jelita grubego.

Cel: Oceniono częstość i rodzaj powikłań pooperacyjnych po laparoskopowej resekcji okrężnicy i odbytnicy z powodu raka.

Materiał i metody: Od stycznia 2008 r. do grudnia 2012 r. do operacji laparoskopowych resekcji jelita grubego zakwalifikowaliśmy 62 osoby. Większość zabiegów, 57 (92%), przeprowadzono w latach 2011–2012. Operacje laparoskopowe po wstępnej ocenie narządów jamy brzusznej były kontynuowane u wszystkich osób. Łącznie wykonaliśmy: 17 (27,2%) hemikolektomii prawostronnych, 1 (1,6%) resekcję odcinkową poprzeczną, 2 (3,2%) hemikolektomie lewostronne, 15 (24,2%) resekcji esicy, 7 (11,3%) resekcji zgięcia esiczo-odbytniczego, 11 (17,7%) resekcji odbytnicy.

Wyniki: Powikłania zabiegów laparoskopowych wystąpiły u 11 (17,7%) pacjentów. U 3 (4,8%) pacjentów stwierdzono powikłania śródoperacyjne, w postaci jatrogennego uszkodzenia naczyń – 2 (3,2%) przypadki, oraz jatrogennego uszkodzenia ściany jelita cienkiego – 1 (1,6%) przypadek. Wczesne powikłania pooperacyjne zaobserwowano u 8 (12,9%) pacjentów: w 2 przypadkach nieszczelność zespolenia jelitowego, która wymagała powtórnej operacji, w 2 przypadkach powikłania ileostomii protekcyjnej w postaci przednerkowej niewydolności nerek, u 4 (6,45%) pacjentów ropienie rany pooperacyjnej. Dwie osoby zmarły do 30 dni od operacji z powodu powikłań śródoperacyjnych. W grupie 62 laparoskopowych resekcji jelit w 10 (16,1%) przypadkach wykonaliśmy konwersję do operacji sposobem otwartym. W 8 przypadkach (12,9%) po wstępnym zaopatrzeniu szwy naczyńniowej wykonano konwersję do operacji sposobem otwartym z przyczyn technicznych oraz zaawansowania procesu nowotworowego.

Wnioski: W miarę nabywania doświadczenia w laparoskopowych resekcjach jelit z powodu raka liczba powikłań maleje. Najgorzej roją jatrogenne uszkodzenia dużych naczyń.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, resekcja laparoskopowa, powikłania.

Key words: colorectal cancer, laparoscopic resection, complications.

O-00181

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W CZASIE I PO LAPAROSKOPOWEJ ADRENALEKTOMII

Paweł Domoślawski, Tadeusz Łukieńczyk, Krzysztof Kaliszewski, Piotr Czopnik, Mateusz Głód

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Laparoskopowa adrenalectomia jest obecnie standardem przy usuwaniu zmian anatomicznych nadnerczy. Zabieg operacyjny polega na wykonaniu kilku centymetrowych cięć zamiast rozległego otwarcia jamy brzusznej. Procedura jednak jest bardziej wymagająca i wymaga od operującego chirurga znacznie większych umiejętności niż w czasie zabiegu laparoskopowej cholecystektomii.

Cel: Założeniem pracy była ocena zdarzeń niepożądanych, które mogą pojawić się w czasie zabiegu i w okresie pooperacyjnym i próba wyjaśnienia mechanizmów, jakie do nich doprowadziły.

Materiał i metody: W latach 2008–2013 przeprowadzono 77 zabiegów laparoskopowego usunięcia nadnerczy z powodu różnych schorzeń nadnerczy. Wielkość zmian zakwalifikowanych do operacji wahała się od 1,2 do 8 cm (średnio 31 mm ±2,3 cm). Wiek chorych 40–77 lat, średnia wieku 65 lat.

Wyniki: W czasie zabiegu pojawiły się następujące zdarzenia niepożądane: uszkodzenie prawej żyły nadnerczowej i krwotok z żyły czczej głównej (2 przypadki), uszkodzenie okrężnicy (1 przypadek), uszkodzenie i usunięcie części ogona trzustki, następnie połączone z martwicą śledziony (1 przypadek), pooperacyjny krwiak w jamie brzusznej (3 przypadki). Autorzy szczegółowo zastanawiają się nad mechanizmem mogącym doprowadzić do każdej sytuacji medycznej.

Wnioski: Szczegółowa analiza zdarzeń niepożądanych podczas zabiegu laparoskopowego usunięcia nadnerczy powinna być doświadczeniem dla innych chirurgów wykonujących tego typu i inne zabiegi chirurgiczne, aby w przyszłości uniknąć podobnych sytuacji.

Słowa kluczowe: operacja laparoskopowa.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic adrenalectomy nowadays is a standard procedure in surgical treatment of anatomical changes in adrenal glands. This method doesn't require to perform vast surgical incision to remove small gland like in the open procedure. The surgery is demanding much more skills and experience from the operating surgeon, than for example, in laparoscopic cholecystectomy.

Purpose: Authors present complications that appeared during and after laparoscopic adrenalectomy and explaining mechanisms which lead to it.

Material and methods: In the years 2008-2012, we performed at the Department 77 laparoscopic adrenalectomies, because of different

adrenal diseases. The size of the tumor was 1.2-8 cm, (average 31 mm \pm 2.3 cm). The age of patients was 40-77 years, mean 65.

Results: The main complications were: injury of right adrenal vein and hemorrhage from vena cava (2 cases), injury of the left colon (1 case), injury and removing of the pancreas tale and spleen necrosis (1 case) and postoperative abdominal hematomas – 3 cases. In a research we show the situations how the complications appeared and try to explain the mechanisms of injury.

Conclusions: An explanation of the mechanisms of complications is a good knowledge for surgeons involved not only in laparoscopic adrenalectomies but also in other kinds of surgery.

Key words: laparoscopic adrenalectomy.

Przepuklina pachwiny – standardy i nowości

P-00039

WPLYW RODZAJU SIATKI I SPOSOBU JEJ MOCOWANIA NA CZĘSTOŚĆ NAWROTÓW PRZEPUKLIN ORAZ JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH TECHNIKĄ TEP. DONIESIENIE WSTĘPNE

EFFECT OF THE TYPE OF MESH AND FIXATION TECHNIQUE ON RECURRENCE RATE OF HERNIA AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS FOLLOWING TEP INGUINAL HERNIA REPAIR. PRELIMINARY REPORTS

Konrad Pielacinski¹, Tadeusz Wróblewski²,
Andrzej Misiak¹, Wojciech P. Dąbrowski¹,
Andrzej Bogusław Szczepanik¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Hematologicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Współczesne beznapięciowe techniki operacyjne są obowiązującym standardem w leczeniu przepuklin pachwinowych. Pomimo zmniejszenia częstości nawrotów przepuklin nadal nierozwiązanym problemem klinicznym pozostaje ból przewlekły, którego przyczyn upatruje się m.in. w rodzaju wszczepionego materiału syntetycznego oraz zastosowanego systemu mocowania implantów do tkanek.

Celem badania była porównawcza ocena wpływu zastosowanych implantów – Progrid[®] wyposażonego w samokotwiczący się system i Ultrapro[®] wraz z zszywkami – AbsorbaTack[®] na: ryzyko powstawania nawrotów przepuklin, jakość życia chorych, m.in. występowanie bólu przewlekłego oraz na czas trwania operacji.

Materiał i metody: U 32 zrandomizowanych do grup badawczych mężczyzn w wieku od 26 do 72 lat (śr. 46 lat) wykonano beznapięciową operację naprawczą przepuklin pachwinowych techniką z dostępu całkowicie pozaotrzewnowego (TEP). W 26 przypadkach stwierdzono przepuklinę skośną, a w 12 prostą, w tym w 6 przepukliny obustronne. Liczebność grupy P – z użyciem implantu Progrid[®] – wyniosła 15 chorych, a grupy U – z użyciem siatki Ultrapro[®] i zszywek – 17 chorych. Badania kontrolne przeprowadzono po upływie 7 dni, 3, 6 i 12 miesięcy po operacji. Oceny nasilenia bólu dokonano stosując skalę liczbowo-numeryczną (NRS).

Wyniki: Średni czas operacji wyniósł 72 min w grupie P i 59 w grupie U. W ciągu rocznej obserwacji nie stwierdzono nawrotu przepuklin w badanych grupach chorych. Chorzy w grupie P wracali do codziennej aktywności życiowej średnio po upływie 2,9 doby, a w grupie U po 3,4 doby. Występowanie bólu przewlekłego o nasileniu od 2 do 4 wg NRS po upływie 3 miesięcy stwierdzono u 12 chorych, w tym u 7 w grupie P i u 5 w grupie U. Po 6 miesiącach u 10 chorych, u 4 w grupie P i u 6 w grupie U. Po roku u 2 chorych w grupie U.

Wnioski: Zastosowanie w technice TEP siatki wyposażonej w samokotwiczący się system jest równie skuteczne w zapobieganiu nawrotom przepuklin jak użycie siatki bez takiego systemu, ale z dodatkową fiksacją. Rzadziej spostrzega się występowanie bólu przewlekłego, ale jej wszczepianie jest trudniejsze i wymaga dłuższego czasu operacji. Wyniki wymagają potwierdzenia na większej grupie chorych.

Słowa kluczowe: przepuklina pachwinowa, technika TEP, rodzaj siatki.

ABSTRACT

Introduction: Modern tension-free techniques are gold standard for inguinal hernia repair. Despite lower hernia recurrence rate there still remains the unsolved clinical problem of chronic pain related to the type of synthetic material and system of implant fixation.

Purpose: The aim of the study was comparative evaluation of implants – Progrid[®] with self-fixating system and Ultrapro[®] with AbsorbaTack[®] on: the risk of hernia recurrence, chronic post-operative pain, quality of life and procedure duration.

Material and methods: Tension-free TEP inguinal hernia repair was performed in 32 men aged 26-72 (average 46) randomized to 2 study groups. Oblique inguinal hernia was recognized in 26, simple hernia in

12 including 6 cases of bilateral hernia. Group P (Progrid[®] implant) comprised 15, group U (Ultrapro[®] with AbsorbaTack[®]) comprised 17 patients. Follow-up was schedule for postoperative day 7 and then 3, 6 and 12 months after surgery. Pain intensity was assessed according to the NRS scale.

Results: Average surgery duration was 72 min in group P and 59 in group U. During one-year observation period no hernia recurrence was reported in either group. Patients from the P group returned to normal activities of daily living 2, 9 days after surgery on average; patients from the U group after 3, 4 days. After 3 months chronic pain of 2-4 intensity according to NRS was reported in 12 patients, including 7 from the P and 5 from the U group. After 6 months chronic pain was reported in 10 patients; 4 from the P and 6 from the U group and after a year in 2 patients from group U.

Conclusions: For prevention of hernia recurrence TEP technique with mesh with self-fixation system is equally effective as the use of mesh with no such self-fixation system but equipped with additional fixation. Chronic pain is less frequently reported but the procedure is more complicated and time consuming. These results require confirmation on a larger group of patients.

Key words: inguinal hernia, TEP, mesh, fixation technique.

P

P-00049

ZAOPATRYWANIE PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH PIERWOTNYCH I NAWROTOWYCH METODĄ TAPP – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Stanisław Pierściński¹, Stanisław Dąbrowiecki²,
Jacek Szopiński¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra i Zakład Żywienia i Dietetyki Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Przebrzuszną przedotrzewnową techniką zaopatrywania przepuklin pachwinowych (TAPP) jest popularną na świecie laparoskopową metodą leczenia. Znajduje wielu zwolenników zwłaszcza w ośrodkach doświadczonych w chirurgii laparoskopowej oraz ośrodkach herniologicznych, w których leczy się operacyjnie przepukliny nawrotowe.

Celem pracy była analiza powikłań i przebiegu okołoperacyjnego grupy własnych chorych operowanych techniką TAPP w okresie uczenia się metody.

Materiał i metody: Na podstawie analizy dokumentacji i badania wezwanych chorych wykonano retrospektywną ocenę okresu okołoperacyjnego i występowania powikłań wczesnych i późnych u operowanych techniką TAPP w jednym ośrodku chirurgicznym od 01.2010 r. do 04.2013 r. Zoperowano 92 chorych (88 mężczyzn, 4 kobiety), mediana wieku 52 lata. Operowano 88 przepuklin pierwotnych i 14 nawrotowych (u 10 chorych przepukliny obustronne). Przeanalizowano 89 przypadków (96%), średni czas obserwacji wyniósł 22 miesiące (2–36).

Wyniki: Średni czas operacji wyniósł 62 (30–90) min, średni czas hospitalizacji pooperacyjnej 1,7 (1-3) dnia. U 1 (1,1%) chorego wystąpiło krwawienie z naczyń nabrzusznych wymagające reoperacji oraz odma opłucnowa i rozległa rozedma podskórna u 1 (1,1%) chorego. Nie obserwowano innych powikłań operacyjnych. Wśród powikłań wczesnych u 3 (3,2%) chorych wystąpiły surowiczaki, u 2 (2,2%) krwiaki okolicy pachwiny, u 3 (3,2%) nadzianka krwawa (*eccchymosis*) okolicy pachwiny. Powikłania te nie wymagały interwencji operacyjnej. Z powikłań późnych: istotna neuralgia u 1 (1,1%) chorego oraz nawrót u 3 (3,2%) chorych. Przewlekłe istotne dolegliwości bólowe (VAS > 40 mm) zgłaszało 3 chorych (3,2%).

Wnioski: Odsetek powikłań w okresie uczenia się metody w analizowanej grupie chorych jest porównywalny z częstością powikłań przedstawianą w fazie uczenia się metody w innych ośrodkach i nieco większy niż przedstawia się to w dużych grupach chorych w doświadczonych ośrodkach. W porównaniu z technikami otwartymi mniejsza jest częstość istotnych przewlekłych dolegliwości bólowych. Metoda TAPP jest atrakcyjną laparoskopową techniką leczenia przepuklin pachwinowych.

Słowa kluczowe: przepuklina pachwinowa, TAPP, metody laparoskopowe.

ABSTRACT

Introduction: TAPP is a worldwide popular laparoscopic method for hernia treatment. It is particularly popular in hernia centers and medical centers specialized in laparoscopic surgery providing surgeries for recurrent hernia.

The aim of our study was to analyze complications and postoperative findings in the group of patients operated on in one surgical center with the use of TAPP technique during the learning curve time.

Material and methods: A retrospective analysis of early and late complications had been performed based on the patients' medical history and documentation and then the patients were called for follow up visit in the outpatient department. The patients were operated on in single surgical center between Jan 2010 and Apr 2013. 92 patients were treated (88 men and 4 women), median age 52 years. There were 88 primary and 14 recurrent hernias (including 10 patients with bilateral hernia). 89 cases were analyzed (96%), mean follow up time was 22 months (range 2-36).

Results: Mean time of surgery was 62 (30-90) min, mean postoperative stay 1.7 (1-3) days. In one (1.1%) case there was significant postoperative bleeding from epigastric vessels needed reoperation and there was one (1.1%) case with emphysema. No other perioperative complications were observed. There were 3 (3.2%) cases of seroma, 2 (2.2%) cases of hematoma in the inguinal area, and 3 (3.2%) cases of ecchymosis. These complications did not need any surgical intervention. Between late complications there were neuralgia in 1 (1.1%) patient and 3 (3.2%) recurrences. Important chronic pain (VAS > 40 mm) was observed in 3 cases (3.2%).

Conclusions: The number of complications during the learning curve time is similar to the results presented in other surgical centers and there were slightly more complications comparing to the results of huge group of patients in specialized hernia centers. There were less cases with important chronic pain comparing to open methods. The TAPP technique is an attractive laparoscopic method of inguinal hernia treatment.

Key words: inguinal hernia, TAPP.

ABSTRACT

Introduction: In the years 2005-2012, despite the growing popularity of visual arts inguinal hernia using synthetic implants, a leading method in our department was Shouldice technique – to obtain satisfactory results in the early and late postoperative period.

The aim of this study was to assess the value of this method based on their own experience.

Material and methods: During the seven years, the study included 448 patients operated in our department. Depending on the intraoperative image after careful assessment of the hernial ring, the technique Shouldice or Lichtenstein was used. Lichtenstein operated 18 patients only the situation found significant damage transverse fascia. This method was operated 16 men and 2 women. The way Shouldice operated 418 men and 12 women. Treatment was carried out according to established patterns of conduct.

Results: Early complications occurred in 17 patients after Shouldice technique and 3 patients operated Lichtenstein, were postoperative hematoma. Late results were evaluated the direct control of ambulatory and on the basis of the survey. There has been two recurrences after surgery Shouldice. After Lichtenstein method, patients feel foreign body sensation, and in one case was a recurrence of the hernia.

Conclusions: In the case of possibility of restoration of the transverse fascia without tension, Shouldice operation is the best method of inguinal hernia repair. Actions carried out are indicated by tension-free with substantial destruction of the transverse fascia.

Key words: inguinal hernia, Shouldice.

P-00162

OCENA SKUTECZNOŚCI PLASTYCZNEGO ZAOPATRZENIA PRZEPUKLIN UWIĘZIĘTYCH Z WSZCZEPIENIEM SIATKI

Georges Kamtoh, Wojciech Kibil, Rafał Solecki, Radosław Pach, Andrzej Matyja, Jan Kulig

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

STRESZCZENIE

Wstęp: Jedynym skutecznym leczeniem przepukliny pachwinowej jest zabieg operacyjny plastycznego zaopatrzenia. Powszechnie panował pogląd, iż nie powinno się w tych przypadkach stosować siatki ze względu na wysokie ryzyko infekcji, szczególnie w sytuacjach, gdy zachodzi konieczność jednoczesowej resekcji jelita. Aktualnie nie ma standardu postępowania w tym przypadku.

Cel: Celem pracy była ocena skuteczności beznapięciowych metod plastycznego zaopatrzenia przepuklin pachwinowych w zabiegach doraźnych.

Materiał i metody: Grupę badanych chorych stanowi 567 pacjentów, 546 mężczyzn i 21 kobiet, w wieku od 19. do 91. roku życia, poddanych leczeniu operacyjnemu z powodu przepukliny pachwinowej w I Katedrze Chirurgii UJ CM w Krakowie w latach 1999–2009. Wśród operowanych przepuklin było 561 zabiegów planowych (tj. 89,9%) i 63 zabiegi doraźne (10,1%). Chorzy byli operowani trzema metodami beznapięciowymi: Lichtensteina, Robbinsa-Rutkova i PHS. W 8 przypadkach wykonano jednoczesową resekcję jelita cienkiego. Analiza retrospektywna została przeprowadzona poprzez ocenę poszczególnych powikłań (wczesnych i odległych), porównanie częstości ich występowania w zabiegach doraźnych i planowych. Oceniano również skuteczność ww. metod z jednoczesną resekcją jelita.

Wyniki: Zabiegi doraźne istotnie dłużej trwały (średnia – 88,24 min) w porównaniu z zabiegami planowymi (średnia – 58,74 min) ($p = 0,000$). Nie stwierdzono korelacji między trybem wykonywania zabiegu a występowaniem bólu przewlekłego (> 90 dni) i jego natężenia (wg skali VAS). To samo dotyczyło innych powikłań, takich jak wodniak jądra, zanik jądra, torbiel powrózka nasiennego, zaburzenia funkcji seksualnej, ropienie rany, surowiczak, krwiak, nawrót przepukliny czy konieczność wykonania reoperacji. Jedynie obrzęk moszny/wargi sromowej wystąpił częściej po zabiegach doraźnych ($p = 0,020$). Konieczność resekcji jelita nie wpłynęła negatywnie na występowanie powikłań.

Wnioski: Plastyczne zaopatrzenie przepukliny pachwinowej z siatką może być bezpiecznie wykonane w leczeniu uwięzionych przepuklin.

P-00058

OPERACJA SHOULDICE'A CIĄGŁE AKTUALNA W LECZENIU PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH

Waldemar Jędrzejczyk¹, Oskar Troszczyński², Krzysztof Kroina², Krzysztof Lang², Jerzy Beciński²

¹Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum

²Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o.

STRESZCZENIE

Wstęp: W latach 2005–2012, pomimo rosnącej popularności plastyki przepuklin pachwinowych z użyciem wszczepów syntetycznych, wiodącą metodą w naszym oddziale była technika Shouldice'a – z uzyskaniem zadowalających efektów we wczesnym i późnym okresie pooperacyjnym.

Celem pracy była ocena wartości tej metody w oparciu o własne doświadczenia.

Materiał i metody: W okresie 7 lat badaniem objęto 448 osób operowanych w naszym oddziale. W zależności od obrazu śródoperacyjnego po dokładnej ocenie wrót przepukliny stosowano technikę Shouldice'a lub Lichtensteina. Sposobem Lichtensteina operowano 18 chorych tylko w sytuacji stwierdzenia znacznego zniszczenia powięzi poprzecznej. Metodą tą operowano 16 mężczyzn i 2 kobiety. Sposobem Shouldice'a operowano 418 mężczyzn i 12 kobiet. Leczenie prowadzono według ustalonych schematów postępowania.

Wyniki: Wczesne powikłania wystąpiły u 17 osób operowanych sposobem Shouldice'a i 3 osób operowanych sposobem Lichtensteina, były to krwiaki pooperacyjne. Odległe wyniki leczenia oceniano w bezpośredniej kontroli ambulatoryjnej oraz na podstawie ankiety. Zanotowano 2 nawroty po operacji Shouldice'a. Po operacji Lichtensteina chorzy odczuwali uczucie ciała obcego, a w jednym przypadku był nawrót przepukliny.

Wnioski: W przypadku możliwości odtworzenia powięzi poprzecznej bez napięcia operacja Shouldice'a jest najlepszą metodą leczenia przepuklin pachwinowych. Operacje przeprowadzane metodą beznapięciową są wskazane przy znacznym zniszczeniu powięzi poprzecznej.

Słowa kluczowe: przepuklina pachwinowa, metoda Shouldice'a.

Jednoczasowa resekcja jelita cienkiego z powodu martwicy uwięźniętej pętli nie jest przeciwwskazaniem do stosowania siatki.

Słowa kluczowe: uwięźnięta przepuklina pachwinowa, plastyczne zaopatrzenie z siatką.

ABSTRACT

Introduction: The only definite treatment for inguinal hernia is surgery. In the case of elective surgeries, the treatment of choice is the use of a synthetic implant. The use of mesh is still controversial in patients undergoing emergency incarcerated hernia repair, mostly because of infectious complications. At the moment, no standards exist with this regard.

Purpose: The aim of the study is the evaluation of the effectiveness of tension-free hernioplasty methods in the emergency treatment of inguinal hernias.

Material and methods: A study group consisted of 567 patients, 547 men and 21 women, aged 19-91 yrs., who underwent inguinal hernia repairs at the 1st Department of Surgery, Jagiellonian University Medical College. Of these, 561 (89.9%) operations were performed electively and 63 (10.1%) on emergency. In the emergency operations group, the patients were treated with tension-free mesh Lichtenstein technique (n = 47), Robbins-Rutkow (n = 9), and PHS (n = 7). In 8 cases one-step intestinal resection was performed. Retrospectively, the number of early and long-term complications, and their frequency after elective and emergency operations were compared. The effectiveness of the individual techniques was analyzed for one-step procedures with intestinal resection.

Results: Emergency operations were significantly longer (approx. 58.74 min.) (p = 0.000) after elective operations (approx. – 2.29 days) compared with emergency procedures (approx. – 4.19 days) (p = 0.000). No correlation was found between the emergency or elective type of surgery and duration of pain, incidence of chronic pain (> 90 days) and its intensity (acc. to VAS scale). The same referred to such complications as wound healing, hydrocele, testis atrophy, spermatic cord cyst, sexual function disorders, wound suppuration, seroma, hematoma, recurrent hernia, or necessary reoperation. Only scrotal/labial edema occurred significantly more frequently after emergency procedures (p = 0.20). Intestinal resection had no influence on the incidence of complications.

Conclusions: Mesh repairs can be safely performed while operating due to an IIH. Synchronous, partial resection of the small intestine, due to intestinal necrosis, is not a contraindication to use mesh.

Key words: incarcerated inguinal hernia, mesh hernioplasty.

P-00163

PLASTYCZNE ZAOPATRZENIE PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ Z UŻYCIEM SIATKI W KRAJU TRZECIEGO ŚWIATA (KAMERUN) – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Georges Kamtoh¹, Rafał Solecki¹, Jerzy Friedigier², Wojciech Kibil¹, Maciej Matyja³, Jarosław Garlicki⁴, Andrzej Matyja¹, Jan Kulig¹

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

²Oddział Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie

³II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

⁴Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

STRESZCZENIE

Wstęp: Skuteczność beznapięciowego leczenia przepuklin pachwinowych w krajach Trzeciego Świata jest nadal przedmiotem wielu kontrowersji.

Celem badania była ocena skuteczności plastycznego zaopatrzenia przepukliny pachwinowej z wszczepieniem siatki w warunkach kraju Trzeciego Świata (Kamerun) na podstawie doświadczeń własnych.

Materiał i metody: Grupę badanych stanowiło 92 pacjentów, 83 mężczyzn i 9 kobiet w wieku od 14 do 88 lat, poddanych planowemu leczeniu operacyjnemu przepukliny pachwinowej w szpitalach powiatowych

w Kamerunie w 2008 i 2011 r. Wykonano 118 zabiegów, z czego 107 u mężczyzn i 11 u kobiet. U mężczyzn było 36,44% przepuklin mosznowych, z czego połowę stanowiły przepukliny proste z dużym ubytkiem tylnej ściany kanału pachwinowego. Stwierdzono 12,7% przepuklin obustronnych (n = 15). Przepukliny nawrotowe stanowiły 18,7% wszystkich zabiegów. Chorzy byli operowani trzema metodami: Lichtensteina (n = 110), Robbinsa-Rutkowa (n = 4) i PHS (n = 4). W jednym przypadku wykonano jednoczasową resekcję jelita grubego. Połowa chorych była operowana bez użycia koagulacji elektrycznej. Do zabiegów operacyjnych najczęściej stosowano znieczulenie podpajęczynówkowe (n = 111), następnie miejscowe (n = 6), a najrzadziej ogólne (n = 1). Wszyscy chorzy dostawali antybiotyk zarówno przed, jak i 5 dni po zabiegu. Zabiegi wykonywali chirurdzy z dużym doświadczeniem w leczeniu przepuklin. Analiza prospektywna została przeprowadzona poprzez ocenę powikłań wczesnych i odległych.

Wyniki: Odnotowano jeden nawrót (0,84%) u chorego operowanego metodą Robbinsa-Rutkowa z powodu przepukliny mosznowej z dużym ubytkiem tylnej ściany. Odsetek występowania innych powikłań wynosił: surowiczak – 1,69% (n = 2), ropień – 4,2% (n = 5), krwiak – 5,08% (n = 6). W dwóch przypadkach zaszła konieczność reoperacji z powodu dużego krwiaka moszny (n = 1) i nawrotu (n = 1). Nie odnotowano zgonu związanego z operacją przepukliny.

Wnioski: Plastyczne zaopatrzenie przepukliny pachwinowej z siatką może być bezpiecznie wykonane w warunkach kraju Trzeciego Świata niezależnie od rodzaju stosowanej siatki. Wskazane jest stosowanie antybiotykoterapii w okresie okołoperacyjnym.

Słowa kluczowe: leczenie przepukliny pachwinowej w kraju Trzeciego Świata.

ABSTRACT

Introduction: Efficacy of hernia mesh repair for inguinal hernias in third world countries is still controversial

Purpose: The aim of this study is to evaluate the efficacy of hernia mesh repair for inguinal hernias in 3rd world country, based on personal observations and experiences.

Material and methods: Group of 92 patients, 83 men and 9 women, aged 14 to 88, underwent planned operative treatment of inguinal hernia in local hospitals in Cameroon in 2008 and 2011. We performed 118 procedures, 107 in men and 11 in women. 36.44% of all cases in men involved scrotal hernias, half of which involved a significant defect of the posterior wall of the inguinal canal. We observed 12.7% of bilateral hernias (n = 15). 18.7% of all patients were treated for recurrent hernias. The hernia repair method included: the Lichtenstein method (n = 110), Robbins-Rutkow method (n = 4) and PHS (n = 4). In one case we performed large bowel resection. Half of all the procedures were performed without electrical coagulation. Most were performed under subarachnoid regional anesthesia (n = 111), local anesthesia (n = 6), and 1 procedure was performed under general anesthesia. All patients received preoperative one-shot antibiotic prophylaxis, as well as a 5-day postop antibiotic course. All operations were performed by surgeons highly experienced in hernial repairs. In the prospective analysis we evaluated early and late complications.

Results: There was 1 case of recurrence (0.84%) in a patient after Robbins-Rutkow hernia repair of scrotal hernia with a large posterior wall defect. Other complications involved: seroma – 1.69% (n = 2), abscess – 4.2% (n = 5), hematoma – 5.08% (n = 6). Two patients required surgical revision due to a large hematoma of the scrotum (n = 1) and recurrence (n = 1). We did not observe operation related deaths.

Conclusions: Hernia mesh repair for inguinal hernias can be safely performed in 3rd world countries regardless of the type of the mesh used. Perioperative antibiotic therapy is indicated.

Key words: inguinal hernia repair in a 3rd world country.

P-00211

OPERACJE PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH W KRAJACH TRZECIEGO ŚWIATA – DOŚWIADCZENIA PRACY HUMANITARNEJ

INGUINAL HERNIOTOMY IN THIRD WORLD COUNTRIES – HUMANITARIAN MISSIONS EXPERIENCE

Sławomir Kozieł¹, Katarzyna Dobija-Kubica¹, Józef Wróbel¹, Zbigniew Lorenc²

¹Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski, Bielsko-Biała

²Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Urazów

Wielonarządowych w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Organizacja wyjazdów humanitarnych do krajów Trzeciego Świata napotyka wiele trudności i niespodzianek. Wielu przeszkód możemy jednak uniknąć, przewidując i będąc na nie przygotowanymi.

Cel: Ukazanie odmiennych warunków pracy chirurga w krajach Trzeciego Świata, przedstawienie trudności, z jakimi się spotykamy, jadąc na misję humanitarną, uwzględniając przygotowania, gromadzenie środków, odmienną mentalność i zwyczaje w kraju docelowym, logistykę i organizację sali operacyjnej, współpracę z organizacjami wysyłającymi, promocja i zachęta do pracy humanitarnej.

Materiał i metody: Operacje przepuklin (pachwinowych) to dobry sposób, by leczyć możliwie wielu pacjentów z dobrym efektem w krótkim czasie. Jest to możliwe nawet w prymitywnych warunkach. Kluczowy wydaje się fakt, że operacje przepuklin wykonujemy w trybie planowym. Możliwe jest więc wcześniejsze ogłoszenie i zebranie pacjentów, ich zbadanie, rozplanowanie operacji i rozpoczęcie operatywy nawet pierwszego dnia po przyjeździe. Po operacji większość pacjentów przy dobrym przebiegu klinicznym odsyłana jest do domu tego samego lub następnego dnia.

Wyniki: Pięć wyjazdów do krajów Afryki Zachodniej w latach 2008–2012.

Wnioski: Organizacja i uczestnictwo w wyjazdach humanitarnych do krajów Trzeciego Świata daje ogromną satysfakcję i sposobność kwalifikowanej pomocy chorym niemającym dostępu nawet do podstawowej opieki medycznej.

Słowa kluczowe: operacje przepuklin pachwinowych, pomoc humanitarna.

ABSTRACT

Introduction: Organizing a humanitarian mission to a third world country encounters many obstacles and many surprises. A lot of them we can predict and possibly avoid being aware of.

Purpose: We would like to put forward: poor conditions for surgery in third world countries, difficulties we encounter while conducting humanitarian mission including planning, gathering of the surgical equipment, financial means, different mentality and habits in destination country, logistics and organisation of the theatre, cooperation with sending organisation, promotion and encouragement to humanitarian work.

Material and methods: Operating (inguinal) hernias is the best way to treat many patients in very basic conditions in short time with a very good result. It is vital that herniotomy can be done on elective basis. So it is possible to screen potential patients quickly, prepare them and operate even the same day after arrival. As inguinal hernioplasty is considered mainly having not many major complications patients can be sent of home the same or the next day after surgery.

Results: Taking part in five humanitarian missions to West African countries 2008-2012.

Conclusions: Organizing a humanitarian mission to a third world country gives a lot of satisfaction, is an unusual experience and gives the opportunity to help those who would not be given a chance receive professional medical care otherwise.

Key words: herniotomy, inguinal hernia repair, humanitarian mission.

Chirurgia trzustki

P-00004

MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR TREATMENT OF COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS

Anatoly Shchastny¹, Aleksandr Siatcouski², Panko Siarhei³

¹Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

²Vitebsk Regional Clinical Hospital, Vitebsk, Belarus

³Institute of Public Health, Pope John Paul II University in Biala Podlaska, Poland

ABSTRACT

Introduction: In industrial countries the morbidity of chronic pancreatitis is about 25-30 cases for 100 000 of population. Surgical treatment is indicated for 40% of all patients with chronic pancreatitis after ineffective conservative therapy.

Purpose: The purpose of this study was to present our experience of performing a different minimal invasive surgery (MIS) with endoscopic or laparoscopic approaches in treatment of chronic pancreatitis complications.

Material and methods: 18 laparoscopic operations were performed in patients with chronic pancreatitis in our clinic since 2007. These were following interventions: laparoscopic pancreaticojejunostomy, cystojejunostomy, gastrocystostomy and distal pancreatectomy.

Results: Longitudinal laparoscopic pancreaticojejunostomy was performed successfully in 8 patients with hypertensive syndrome (pancreatic duct 0.8-1.0 cm) and laparoscopic pseudocystojejunostomy in 8 patients. Two patients underwent laparoscopic pseudocystogastrostomy whom was formed anastomosis 2.5 cm in diameter. Postoperative complications were absent and the patients were discharged on the 6th day. One more patient with cyst located the in tail of pancreas required to convert the operation into open because of the bleeding from the splenic artery. To another patient open operation was done so as adequate cyst drainage in the hamulus region was impossible after laparoscopic longitudinal pancreatovirsungotomy and pancreatic resection. The postoperative period proceeded without any complications. The period of observation is from 6 months to one year with satisfactory results. According to the control sonography data no recurrence has been noted so far.

Conclusions: Our clinical experience in laparoscopic interventions in chronic pancreatitis patients supports the conclusions of other authors that the advantages of laparoscopic techniques are a better tolerance, a shorter hospital stay and an earlier postoperative recovery. However, minimally invasive technique application may be effective on condition that there is thorough selection of the patients taking into account the anatomic features of the pancreas and its duct system in every individual case.

Key words: pancreatitis, laparoscopic pancreaticojejunostomy, cystojejunostomy.

P-00014

WPŁYW PODAWANIA PROBIOTYKÓW NA PRZEBIEG POOPERACYJNY CHORYCH PO PANKREATODUODENECTOMII – WYNIKI WSTĘPNE

Marcin Folwarski, Marek Dobosz

Pomorskie Centrum Traumatologii

STRESZCZENIE

Wstęp: Probiotyki to żywe drobnoustroje, które podawane w odpowiednich ilościach wywierają korzystny efekt zdrowotny. Udowodniono skuteczne działanie probiotyków w leczeniu wielu chorób, a nieliczne publikacje wykazały skuteczność probiotyków w zmniejszaniu częstości występowania niektórych powikłań infekcyjnych po „dużych” zabiegach na układzie pokarmowym.

Cel: Ocena wpływu podawania probiotyków na częstość powikłań leczenia operacyjnego (powikłań infekcyjnych, śmiertelność okołoperacyjną, nieszczelności zespolenia).

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 40 chorych poddanych pankreatoduodenektomii sposobem Whipple'a w trybie planowym w Oddziale Chirurgii Ogólnej. Pacjenci bezpośrednio po leczeniu operacyjnym randomizowani byli do 2 grup: grupy A – kontrolnej (n = 20), i grupy B (n = 20), w której dodatkowo podawano probiotyk. Stosowany probiotyk: *Lactobacillus rhamnosus* GG (Dicoflor 60). Porównano częstość powikłań leczenia operacyjnego oraz śmiertelność okołoperacyjną. Dane przeanalizowano statystycznie.

Wyniki: Nie stwierdzono, by podawanie probiotyków miało istotny wpływ na śmiertelność okołoperacyjną (grupa A – 10% vs grupa B, probiotyk – 0%). Zauważono, że w grupie B (probiotyk) hospitalizacje nieznacznie częściej występują bez powikłań infekcyjnych. Brak jednak statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami. Nie potwierdzono istotnego wpływu przyjmowania probiotyków na częstość: zakażeń miejsca operowanego (15% w grupie A vs 10% w grupie B), pooperacyjnego zapalenia trzustki (5% w grupie A vs 0% w grupie B), zapalenia płuc (5% w grupie A vs 0% w grupie B), ropni wewnątrzbrzusznych (5% w grupie A vs 5% w grupie B), infekcji układu moczowego (5% w grupie A vs 5% w grupie B), zakażenia wklucia głębokiego (5% w grupie A vs 0% w grupie B). W grupie A (kontrolnej) nieznacznie (bez znamienności statystycznej) częściej występują nieszczelności zespolenia trzustkowo-jelitowego (20% w grupie A vs 10% w grupie B) oraz przetoki trzustkowe (15% w grupie A, 5% w grupie B).

Wnioski: Wstępna analiza danych nie potwierdziła skuteczności *Lactobacillus rhamnosus* GG w redukcji liczby powikłań po pankreatoduodenektomii.

Słowa kluczowe: probiotyki, *Lactobacillus rhamnosus* GG, pankreatoduodenektomia.

ABSTRACT

Introduction: Probiotics are living microorganisms, which served in appropriate amounts have beneficial health effects. Probiotics have been proven effective in the treatment of many diseases. Some publications have demonstrated that probiotics may reduce the infectious complications rate after major abdominal surgery.

The aim of the study was to determine the influence of probiotics on postoperative complications rate (infectious complications, perioperative mortality, anastomosis leakage) after pancreatoduodenectomy.

Material and methods: 40 patients who underwent elective Whipple pancreatoduodenectomy were enrolled to the study. After the surgical procedure patients were randomized into two groups: group A (control group), n = 20, and group B (n = 20) additionally treated with probiotics. Probiotic strain used: *Lactobacillus rhamnosus* GG (Dicoflor 60). Postoperative complications were compared. Data were statistically analyzed.

Results: Additional treatment with probiotics had no statistically significant impact on the mortality rate (group A – 10% vs. Group B – 0%). Hospitalizations without infectious complications were slightly more often in the probiotic group but the differences were not statistically significant. Positive influence of probiotics was not confirmed in the reduction of: surgical site infections (15% in group A vs. 10% in group B), postoperative pancreatitis (5% in group A vs. 0% in group B), pneumonia (5% in group A vs. 0% in group B), intraabdominal abscesses (5% in group A vs. 5% in group B), urinary tract infections (5% in group A vs. 5% in group B), catheter-related bloodstream infections (5% in group A vs. 0% in the group B). Slight increase of the frequency of pancrea-to-jejunal anastomosis leakage (20% in group A vs. 10% in group B) and pancreatic fistula (15% group A, 5% group B) was noted in group A.

Conclusions: Preliminary analysis of the data did not confirm the effectiveness of *Lactobacillus rhamnosus* GG in the reduction of the complication rates after pancreatoduodenectomy.

Key words: probiotics, *Lactobacillus rhamnosus* GG, pancreatoduodenectomy.

P-00054

TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS PATIENTS: WHETHER INTRA-ARTERIAL THERAPY IS EFFECTIVE?

Taras Ivankiv, Serge Chooklin, Oleh Hranat

Medical University, Lviv, Ukraine

ABSTRACT

Introduction: Severe acute pancreatitis (SAP) is associated with significant morbidity and mortality. One of principal causes of lethality of patients with SAP is multiorgan dysfunction. Secondary infection of pancreatic necrosis is associated with particularly high mortality rates. Continuous regional arterial infusion of protease inhibitor and antibiotics were proposed as special therapy for SAP.

Purpose: We determine the effectiveness intra-arterial therapy in complex treatment of patients with acute necrotizing pancreatitis.

Material and methods: We studied a prospective analysis of treatment of 276 patients with acute necrotizing pancreatitis. In 88 patients with acute necrotizing pancreatitis in the treatment method used intra-arterial regional drug infusion. Celiac artery catheterization performed in 26 (29.55%) patients, superior mesenteric artery in 62 (70.45%). Duration of intra-arterial therapy was from 12 to 14 days. Intra-arterial infuse three types of drugs: antibiotics, protease inhibitors and antioxidants.

Results: Complex regional intra-arterial therapy greatly reduced the need for surgical intervention, the frequency of infection with necrotic foci and their prevalence, enabled more use miniinvasive intervention, particularly in infected pancreatic necrosis, adjust the organ and multiple organ dysfunction, reduced mortality. All this combined with a positive correction of organ dysfunction, decreased levels of prooxidant factors, proinflammatory cytokines, and C3a component of the complement system, decreased expression of adhesion molecules and synthesis of endothelin-1.

Conclusions: Regional intra-arterial infusion may provide sufficient concentration of essential drugs in the affected area of the pancreas and peripancreatic tissues. Combined intraarterial therapy of acute necrotizing pancreatitis reduces the need for surgical treatment and reduces mortality. Prolonged regional arterial infusion in SAP inhibits the proinflammatory response, oxidative stress and improves endothelial dysfunction.

Key words: acute pancreatitis, treatment, intra-arterial infusion.

P-00057

TORBIELOWATY NOWOTWÓR ŚLIZOTWÓRCZY TRZUSTKI U 24-LETNIEJ KOBIETY – OPIS PRZYPADKU

Rafał Stankiewicz, Waldemar Patkowski, Marek Krawczyk

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby

STRESZCZENIE

Wstęp: Torbielowaty nowotwór śluzotwórczy (*mucinous cystic neoplasm*) trzustki jest rozpoznawany w ok. 40% przypadków guzów torbielowatych trzustki. Charakteryzuje go występowanie podścieliska o typie budowy jajnika, co powoduje, że w ponad 95% dotyczy on kobiet. Wykrywany jest zwykle w 6. dekadzie życia. Z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo złośliwienia, dlatego leczenie chirurgiczne jest leczeniem z wyboru.

Cel: Opis przypadku wystąpienia torbielowatego nowotworu śluzotwórczego trzustki u młodej kobiety.

Materiał i metody: Retrospektywna analiza historii choroby oraz przebiegu piśmiennictwa.

Wyniki: 24-letnia kobieta z trwającymi od roku zaparciami i bólami brzucha, od 4 tygodni nasilenie bólu w górnym lewym kwadrancie brzucha, bez utraty masy ciała czy żółtaczki. W wykonanej tomografii komputerowej jamy brzusznej stwierdzono zmianę torbielowatą z obecnością cienkich przegród ulegających wzmocnieniu kontrastowemu związaną z brzuszną powierzchnią głowy trzustki o wymiarach 28 x 37 x 36 mm, bez łączności z przewodem Wirsunga. Nie stwierdzono radiologicznych cech inwazyjnego nowotworu, takich jak pogrubiała ściana, obecność

obwodowych zwapnień czy też inwazji naczyń. W badaniach laboratoryjnych bez odchyień. Markery nowotworowe CEA, CA19-9, CA125 w granicach normy. Pacjentkę zakwalifikowano do operacji. Zmianę torbielowatą z przegrodami na pograniczu głowy i trzonu trzustki wyłuszczone, nie wykonując resekcji miększu trzustki. W rozpoznaniu histopatologicznym *mucinous cystic neoplasm with low-grade dysplasia*. Pacjentka wypisana do domu w 13. dobie pooperacyjnej w stanie ogólnym dobrym.

Wnioski: Torbielowaty nowotwór śluzotwórczy rozpoznaje się zwykle u kobiet w 6.–7. dekadzie życia, rzadko ten typ nowotworu występuje u osób młodych. Wysokie ryzyko złośliwości pojawia się z wiekiem, u pacjentów objawowych oraz w nowotworach o charakterystycznym wyglądzie w badaniach obrazowych. Postępowaniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne, najczęściej obwodowa resekcja trzustki ze splenektomią lub pankreatoduodenektomią (dla zmian w głowie trzustki). Leczenie oszczędzające można zastosować jedynie u chorych o niskim ryzyku wystąpienia raka. Całkowite wycięcie nieinwazyjnych zmian zapewnia wyleczenie.

Słowa kluczowe: torbielowaty nowotwór śluzotwórczy, torbiel trzustki.

ABSTRACT

Introduction: Mucinous cystic neoplasm (MCN) of the pancreas represents about 40% of primary pancreatic cystic neoplasm. Ovarian-type stroma is pathognomonic feature of MCNs so it is observed almost exclusively (> 95%) in women. MCNs have malignant potential, and thus aggressive treatment is warranted.

Purpose: To report a case of 24 year old female diagnosed with pancreatic mucinous cystic neoplasm.

Material and methods: Patient's hospital record and medical literature review.

Results: Female, 24-year-old, with a year-lasting medical history of constipation and abdominal pain. In recent 4 weeks abdominal pain escalation. Neither weight loss nor back pain nor jaundice were present. CT scan revealed cystic lesion located in the head of the pancreas containing thin walled compartments with contrast enhancement. No communication with the pancreatic ductal system. Radiological signs of malignancy such as thickened wall, evidence of peripheral calcifications as well as invasion of surrounding vascular structures were not present. Neither serum biochemical enzymes nor serum tumor markers (CEA, CA19-9, CA125) were elevated. Patient was qualified for operation. Lesion was located in the head/body area. Enucleation of the cyst with preservation of pancreatic parenchyma was performed. After histopathologic examination mucinous cystic neoplasm with low-grade dysplasia was diagnosed. Patient discharged on 13th day after surgery with no surgical complications.

Conclusions: Mucinous cystic neoplasm are observed in females in their 6th or 7th decade of life. MCNs are rarely diagnosed in young patients. Risk of malignancy escalates with age, in symptomatic patient and with neoplasm characterized by specific radiological features. Treatment of choice is surgery – distal pancreatectomy with splenectomy or pancreatoduodenectomy (for lesions located in pancreatic head). Less extensive resections may be reasonable only for patients with minimal risk of malignancy. Complete operative resection of MCNs lacking an invasive component ensures cure.

Key words: mucinous cystic neoplasm, pancreatic cyst.

P-00061

NOWOTWORY NEUROENDOKRYNNE – 13 LAT DOŚWIADCZEŃ JEDNEGO OŚRODKA

NEUROENDOCRINE NEOPLASMS – 13 YEARS OF ONE SURGICAL CENTER EXPERIENCE

Krzysztof Kaliszewski, Tadeusz Łukieńczuk,
Paweł Domosławski, Michał Aporowicz

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

STRESZCZENIE

Wstęp: Nowotwory neuroendokrynne (NET) nadal stanowią duże wyzwanie zarówno pod względem diagnostyki, jak i leczenia. Wywodzą się z różnych narządów i tkanek, stąd objawy kliniczne mogą znacznie

różnić się od siebie. Spowodowane jest to różnorodnością hormonów i amin biogennych wydzielanych przez te guzy.

Cel: Autorzy pracy pragną przedstawić własne doświadczenia w diagnostyce i leczeniu NET ze szczególnym uwzględnieniem ewolucji nomenklatury oraz częstości występowania poszczególnych typów NET.

Materiał i metody: W latach 2000–2012 w jednym ośrodku leczono 51 pacjentów, u których rozpoznano NET. Retrospektywnie przeanalizowano dokumentację medyczną tych chorych, zwracając uwagę na różnorodność nazewnictwa, jaka pojawiła się na przestrzeni badanego okresu w opisach wyników histopatologicznych poszczególnych typów NET.

Wyniki: W badanej grupie znalazło się 8 rakowiaków zlokalizowanych w większości w zakresie przewodu pokarmowego, 1 przypadek *gastrinoma* zlokalizowany w głowie trzustki, 1 *insulinoma* w ogonie trzustki, 1 przypadek *vipoma* głowy trzustki, 2 przypadki *nesidioblastoma*, 1 przypadek gruczolaka mikrocytarnego z różnicowaniem neuroendokrynnym, 1 przypadek niespecyficznego *apudoma*, 15 przypadków raka rdzeniastego tarczycy. W zakresie nadnerczy rozpoznano 1 złośliwy i 17 łagodnych guzów chromochłonnych (1 przypadek obustronnego *pheochromocytoma* u kobiety z rozpoznaniem zespołem gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej typu 2A). Ponadto w ostatnich latach oprócz wymienionych NET pojawiły się 2 rozpoznania dobrze zróżnicowanego raka neuroendokrynnego oraz 1 rozpoznanie wyspiaka z cechami różnicowania neuroendokrynnego.

Wnioski: Nowotwory neuroendokrynne pojawiają się rzadko. Ich przebieg kliniczny stwarza wiele problemów zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych. O tym, jak różnorodna jest to grupa nowotworów, świadczy fakt szeroko stosowanej nomenklatury pojawiającej się w opisach histopatologicznych NET pomimo wcześniejszego wprowadzenia klasyfikacji tych guzów.

Słowa kluczowe: nowotwór neuroendokrynni, rak neuroendokrynni, rakowiak, wyspiak, apudoma.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays neuroendocrine neoplasms present diagnostic and therapeutic challenge. They origin from various organs and tissues, therefore their clinical symptoms differ from each other. This is because of variety of hormones and biogenic amines secreted by these tumors.

The aim of this study is to present the authors' observations of the histological tumor types occurrence and its surgical treatment. The authors pay attention at variety and evolution of NET terminology.

Material and methods: In years 2000-2012 51 patients with NET were treated in one surgical center. The medical charts of these patients were retrospectively investigated paying attention at variety of terminology which occurred in histopathological descriptions special types of NET.

Results: In our study we observed 8 cases of carcinoids situated in majority in alimentary system, 1 case of gastrinoma in pancreatic head localization, 1 case of insulinoma localized in pancreatic tail, 1 case of vipoma localised in pancreatic head, 2 cases of nesidioblastoma, 1 case of microcystic adenoma with neuroendocrine differentiation, 1 case of nonspecific apudoma, 15 cases of medullary thyroid carcinomas. In adrenal glands we observed 1 malignant, and 17 benign pheochromocytomas (one bilateral female case with Multiple Endocrine Neoplasia type 2A). Moreover in the last years, except previously mentioned NET, occurred 2 diagnosis of well differentiated neuroendocrine carcinomas and 1 diagnosis of insuloma with neuroendocrine differentiation symptoms.

Conclusions: Neuroendocrine neoplasms occur rare. Their clinical course makes a lots of diagnostic and therapeutic problems. About the fact, how various is this group of neoplasms, evidence the broad apply of terminology occurring in histopathological descriptions of NET besides of earlier entered classification of these tumors.

Key words: neuroendocrine neoplasm, neuroendocrine carcinoma, carcinoid, insuloma, apudoma.

P-00066

OCENA SKUTECZNOŚCI PRZEZSKÓRNEGO DRENAŻU ZAKAŻONEJ MARTWICY TRZUSTKI W TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Marek Wroński, Włodzimierz Cebulski,
Maciej Słodkowski, Mieczysław Jankowski,
Ireneusz Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej
i Onkologicznej WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Drenaż przezskórny jest jedną z technik małoinwazyjnych stosowanych w leczeniu zakażonej martwicy trzustki. Obecnie nie ma żadnych ustalonych kryteriów pozwalających na określenie, którzy chorzy mogą być skutecznie leczeni drenażem przezskórnym.

Cel: Ocena wartości predykcyjnej dynamiki zmniejszania się wielkości zbiornika martwicowego po drenażu przezskórnym.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowili chorzy leczeni drenażem przezskórnym z powodu zakażonej martwicy trzustki w latach 2007–2012. W analizie uwzględniono chorych, u których wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej przed drenażem przezskórnym oraz kolejne badanie w ciągu 30 dni od zabiegu drenażowego. Oceniono dynamikę zmniejszania się wielkości zbiorników martwiczych w grupie chorych, których wyleczono stosując tylko drenaż przezskórny w porównaniu do grupy chorych po nieskutecznym drenażu przezskórnym, którzy wymagali nekrosectomii chirurgicznej. Wielkość zbiornika martwicowego stanowiło pole powierzchni przekroju największego ze zbiorników wyliczone według wzoru na pole powierzchni elipsy.

Wyniki: Przed wykonaniem drenażu przezskórnego mediana wielkości zbiornika martwicowego w grupie wyleczonej drenażem przezskórnym wynosiła 130,7 cm² (zakres: 45,3–364,4 cm²). Mediana wielkości zbiornika martwicowego w grupie wymagającej nekrosectomii chirurgicznej wynosiła 100,4 cm² (zakres: 65,3–142,5 cm²). Wielkość zbiornika martwicowego u chorych wyleczonych drenażem przezskórnym uległa zmniejszeniu średnio o 69% (zakres: 45–83%) w ciągu mediany czasu wynoszącej 11 dni (zakres: 5–29 dni). Natomiast wielkość zbiornika martwicowego u chorych po nieskutecznym drenażu przezskórnym uległa zmniejszeniu średnio tylko o 16% (zakres: 12–19%) w ciągu mediany czasu wynoszącej 10 dni (zakres: 8–12 dni). Różnice te były znamienne statystycznie ($p = 0,04$).

Wnioski: Mała dynamika zmniejszania się wymiarów zbiornika martwicowego po drenażu przezskórnym przemawia za jego nieskutecznością i stanowi wskazanie do nekrosectomii chirurgicznej.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, zakażona martwica, drenaż przezskórny, tomografia komputerowa.

ABSTRACT

Introduction: Percutaneous catheter drainage is one of the minimally invasive techniques used for the treatment of infected pancreatic necrosis. There are no established criteria which allow to predict in which patients percutaneous catheter drainage might prove successful.

Purpose: To assess the predictive value of decrease in size of the necrotic collection following percutaneous catheter drainage.

Material and methods: The study group consisted of the patients who were treated by percutaneous catheter drainage because of infected pancreatic necrosis between 2007 and 2012. The study included the patients who had a computed tomography performed before the percutaneous drainage procedure and within 30 days afterwards. The rate of decrease in size of the necrotic collection was evaluated in the patients group successfully treated with percutaneous drainage and compared to that in the group which failed percutaneous drainage and required open necrosectomy. The size of the necrotic collection was the cross-section of the largest collection calculated as the surface area of the ellipse.

Results: Before the initial procedure, the median size of the necrotic collection was 130.7 cm² (range: 45.3–364.4 cm²) in the group successfully treated by percutaneous drainage, whereas the median size of the necrotic collection was 100.4 cm² (range: 65.3–142.5 cm²) in the group which failed percutaneous drainage. The size of the necrotic collection in the patients who were successfully treated with percutaneous catheter drainage alone decreased by a median of 69% (range: 45–83%) within a median of 11 days after the initial procedure (range: 5–29 days). In comparison, the size of the collection in the patients who failed percuta-

neous drainage decreased only by a median of 16% (range: 12–19%) within a median of 10 days after PCD (range: 8–12 days). These differences were statistically significant ($p = 0.04$).

Conclusions: Small decrease in size of the necrotic collection following percutaneous catheter drainage predicts its failure and warrants surgical necrosectomy.

Key words: acute pancreatitis, infected necrosis, percutaneous drainage, computed tomography.

P-00067

ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI POWIKŁANA PRZETOKĄ OKRĘŻNICY – SKUTECZNE LECZENIE TECHNIKAMI MAŁOINWAZYJNYMI

Marek Wroński, Włodzimierz Cebulski,
Dominika Karkocha, Maciej Słodkowski,
Ireneusz Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej
i Onkologicznej, WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Wystąpienie objawów przetoki jelita grubego w ostrym zapaleniu trzustki jest ciężkim powikłaniem prowadzącym do nasilenia stanu septycznego. Powikłanie to zwykle wymaga wykonania nekrosectomii otwartej, resekcji fragmentu okrężnicy z miejscem przedziurawienia oraz wyłonienia kolostomii. Rola technik małoinwazyjnych w leczeniu ostrego zapalenia trzustki powikłanego przetokami przewodu pokarmowego nadal nie jest określona.

Opis przypadku: W 6. tygodniu choroby u 35-letniego chorego leczzonego zachowawczo z powodu martwicowego zapalenia trzustki o etiologii alkoholowej (Balthazar D, CTSI- 6 punktów) wystąpiło pogorszenie stanu klinicznego z narastaniem parametrów stanu zapalnego. U chorego wykonano przezskórny drenaż zakażonej martwicy trzustki pod kontrolą ultrasonografii z lewego dostępu zaotrzewnowego. Po tygodniu stwierdzono obfity wypływ treści kałowej przez założony dren. Ze względu na utrzymujący się stan septyczny u chorego wykonano laparoskopową nekrosectomię zaotrzewnową. W czasie retroperitoneoskopii stwierdzono niewielkie przedziurawienie ściany zstępnicy i wyłoniono przetokę pętlową na jelicie krętym przez minilaparotomię w prawym dole biodrowym. Chory wymagał jeszcze jednego zabiegu nekrosectomii zaotrzewnowej. Po ustąpieniu wycieku dren usunięto. Ileostomię zamknięto kilka miesięcy po pierwszej hospitalizacji.

Wnioski: Techniki małoinwazyjne można z powodzeniem stosować również u wybranych chorych z ostrym zapaleniem trzustki powikłanym przedziurawieniem jelita grubego.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, przedziurawienie okrężnicy, leczenie małoinwazyjne, nekrosectomia laparoskopowa.

ABSTRACT

Introduction: Colon perforation in acute pancreatitis is a severe complication resulting in worsening of sepsis. This complication usually requires open necrosectomy, segmental resection of the colon and colostomy. The role of minimally invasive techniques in the management of acute pancreatitis complicated by gastrointestinal fistulas remains unknown.

Case report: A 35-year-old male was initially treated conservatively because of necrotizing pancreatitis of alcoholic etiology (Balthazar D, CTSI – 6 points). In the 6th week of disease, the patient's general condition deteriorated and inflammatory parameters increased. Percutaneous catheter drainage was performed using the left retroperitoneal access. A week later, the catheter began to drain feculent discharge. The patient underwent laparoscopic retroperitoneal necrosectomy due to persistent sepsis. On retroperitoneoscopy, there was a small perforation of the descending colon and ileostomy was performed through a mini-laparotomy in the right lower quadrant. Thereafter, the drain discharge slowly decreased and it was removed. Ileostomy was closed in a few months after the discharge.

Conclusions: Minimally invasive techniques might prove successful also in selected patients with acute pancreatitis and colon perforation.

Key words: acute pancreatitis, colon perforation, minimally invasive techniques, laparoscopic necrosectomy.

P

P-00069

EPIDEMIOLOGIA I CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM

Dorota Kozieł¹, Stanisław Głuszek^{1,2}¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach²Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach

P

STRESZCZENIE

Wstęp: W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat odnotowuje się systematyczny wzrost zachorowania na OZT we wszystkich krajach europejskich, w tym również w Polsce. W większości przypadków ma przebieg łagodny, jednak w ok. 20% przypadków może prowadzić do wydłużenia hospitalizacji i znacznie wyższej śmiertelności, uzależnionej od rozwijającej się martwicy trzustki i niewydolności wielonarządowej.

Celem badania była ocena częstości występowania, etiologii i przebiegu klinicznego OZT na terenie województwa świętokrzyskiego.

Materiał i metody: Do badań zostali włączeni chorzy przyjmowani na oddziały chirurgiczne województwa świętokrzyskiego w 2011 r., u których rozpoznano OZT zgodnie z aktualną klasyfikacją Atlanta. Ocenie poddano wiek, przyczynny zachorowania, stopień ciężkości przebiegu choroby, śmiertelność.

Wyniki: W 2011 r. hospitalizowano 1004 chorych na OZT (376 kobiet i 628 mężczyzn). Współczynnik zapadalności wynosił 99,96/100 000. Zapadalność u kobiet wynosiła 72/100 000, a zapadalność u mężczyzn 130,24/100 000. Główną przyczyną zachorowania na OZT była kamica żółciowa, którą rozpoznano u 30,1% chorych, alkohol – w 24,1% przypadków, u 41,1% chorych nie wyjaśniono przyczyny zachorowania, inne przyczyny występowały rzadziej. W oparciu o kryteria Atlanta łagodne OZT rozpoznano w 80,7% przypadków, umiarkowanie ciężkie w 12,3%, ciężką postać rozpoznano u 70 chorych, co stanowi 7% wszystkich zachorowań. W przebiegu ciężkiego OZT zmarło 37 osób. Wskaźnik śmiertelności w ciężkiej postaci wynosił 52,9% i był istotnie wyższy ($p < 0,05$) od śmiertelności w umiarkowanym (brak zgonów) i łagodnym OZT (0,2%).

Wnioski: Ostre zapalenie trzustki jest poważnym problemem epidemiologicznym w dorosłej populacji województwa świętokrzyskiego, z jednym z najwyższych współczynników zachorowalności w Polsce. Z uwagi na wysoki odsetek chorych pozostających w grupie o niewyjaśnionej etiologii wskazane jest rozszerzenie diagnostyki zmierzającej do ustalenia przyczyn zachorowania. Przeprowadzone badanie wskazuje na konieczność wdrożenia do praktyki klinicznej nowej klasyfikacji Atlanta różniącej umiarkowaną i ciężką postać OZT, które różnicuje wysoka śmiertelność w przypadkach o ciężkim przebiegu.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: In the past decades a systemic rise of morbidity for AP has been noted in all European countries, including Poland. In most cases its course is mild, however in about 20% it can lead to prolongation of hospitalization and higher mortality, depending on development of pancreatic necrosis and multiorgan failure.

Purpose: The aim of this research was to evaluate the frequency, etiology and clinical course of AP in The Świętokrzyskie Voivodeship.

Material and methods: The study enrolled patients who were admitted to the surgical wards of voivodeship in 2011 with the diagnosis of AP according to the current classification of Atlanta. The evaluation assessed age, cause of illness, severity of the disease, mortality rate.

Results: In 2011, 1004 patients were hospitalized for acute pancreatitis (376 women and 628 men). The incidence rate was 99.96/100 000. The incidence in females was 72/100 000, and the incidence in males 130.24/100 000. The main reason for developing of pancreatitis was gallstones, that was diagnosed in 30.1% of patients, alcohol – 24.1% of cases, in 41.1% of patients the reason of the disease was not explained, other causes were occasional. Basing on the Atlanta criteria mild acute pancreatitis was diagnosed in 80.7% of cases, moderately severe in 12.3%, severe form was diagnosed in 70 patients, which is 7% of all cases. In the course of severe acute pancreatitis 37 people died. The mortality rate for severe form was 52.9% and was significantly higher ($p < 0.05$) than in the moderate (no deaths) and mild acute pancreatitis (0.2%).

Conclusions: AP is a serious epidemiological problem in the adult population of Świętokrzyskie Voivodeship with one of the highest rates of morbidity in Poland. Due to the high proportion of patients remaining in the group of unexplained etiology, it is advisable to extend the diagnostics in order to determine the causes of the disease. The study points the need to implement in clinical practice the new classification of Atlanta discriminating between moderate and severe form of acute pancreatitis, which are differentiated with high mortality rate in cases of severe disease.

Key words: acute pancreatitis, epidemiology.

P-00087

ENDOSKOPOWA GASTROCYSTOSTOMIA Z WTÓRNĄ ENDOSKOPOWĄ NEKROZEKTOMIĄ JAKO METODA LECZENIA W OSTRYM ZAPALENIU TRZUSTKI

Małgorzata Nowosad

Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Ostre zapalenie trzustki (OZT) jest chorobą spowodowaną najczęściej przez kamice żółciową bądź nadużywanie alkoholu. W ostatnich latach w związku z postępowaniem zarówno w zakresie badań diagnostycznych, jak i możliwości terapeutycznych zmniejsza się śmiertelność z powodu OZT. Niestety ciężka postać z martwicą trzustki i tkanek okołotrzustkowych nadal jest obciążona wysoką śmiertelnością.

Celem pracy jest przedstawienie leczenia endoskopowego w OZT jako alternatywy dla zabiegów klasycznych.

Materiał i metody: Chory, lat 55, został przyjęty do szpitala w ramach ostrego dyżuru z klinicznymi oraz biochemicznymi objawami ostrego zapalenia trzustki. W celach diagnostycznych u chorego wykonano tomografię komputerową (TK) z dożylnym podaniem środka cieniującego. Badanie to umożliwiło ocenę rozległości martwicy trzustki według zmodyfikowanej skali Balthazara, obecnie nazywanej także skalą ciężkości OZT w TK (CTSI – *CT Severity Index*). Na podstawie pierwszych badań obrazowych – USG oraz TK jamy brzusznej – stwierdzono postać obrzękową zapalenia trzustki. Pomimo prowadzonego intensywnego leczenia zachowawczego stan ogólny chorego się nie poprawił. W wykonanych kontrolnych badaniach stwierdzono ewolucję zmian w trzustce w kierunku zmian martwiczych z wytworzeniem torbieli rzekomej trzustki. Wobec braku objawów rozlanego zapalenia otrzewnej chorego zakwalifikowano do leczenia endoskopowego. Wykonano endoskopową gastrocystostomię z usunięciem tkanek martwiczych z trzustki. Zabieg endoskopowej nekrozektomii wykonano jeszcze kilkakrotnie w trakcie hospitalizacji. Chory w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu po 79 dniach hospitalizacji.

Wyniki: Pacjenta ze zmianami martwiczymi z powodu OZT i pseudo-torbielą leczono endoskopowo. Po kilkukrotnych zabiegach nekrozektomii endoskopowej uzyskano znaczne polepszenie stanu ogólnego. W badaniach obrazowych po zakończonym leczeniu nie stwierdzono obecności rzekomej torbieli trzustki.

Wnioski: Endoskopowa gastrocystostomia z zabiegami nekrozektomii u chorych z OZT jest bezpieczną i minimalnie inwazyjną metodą, która powinna być rozważana w pewnej grupie pacjentów jako alternatywa dla zabiegów klasycznych.

Słowa kluczowe: trzustka, ostre zapalenie trzustki, endoskopia.

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis (AP) is a disease caused mostly by gallstones or alcohol abuse. In many cases. In recent years, due to development in both diagnostic and therapeutic options recorded reduction in mortality from acute pancreatitis. Unfortunately, a severe form of pancreatic necrosis is still connected with high mortality.

Purpose: The aim of this study is to present endoscopic treatment of acute pancreatitis as an alternative to conventional treatments.

Material and methods: 55 years old man admitted to hospital with clinical and biochemical signs of acute pancreatitis. The method of choice for imaging of severe acute pancreatitis is a computed tomography (CT) scan with intravenous contrast agent. This test allows to estimate the extent of pancreatic necrosis. To do this we are using a modified scale Balthazar, now known as the scale of severity of acute pancreatitis in CT

(CTSI – CT Severity Index). Initially, the abdominal ultrasound and CT scan showed the inflammation without signs of necrosis in the pancreas. Despite intensive medical treatment the general condition of the patient did not undergo significant improvement. The imaging checks showed the necrotic lesions and a pseudocyst in the pancreas. In the absence of symptoms of peritonitis patient was treated endoscopically. Endoscopic transgastric stenting was performed for drainage and to establish endoscopic access to the infected collection. Afterwards direct endoscopic necrosectomy (DEN) was done for the several times during hospitalization. The patient in good general condition was discharged from the hospital after 79 days of hospitalization.

Results: Patients with pancreatitis treated endoscopically due to necrotic changes and pseudocyst. After several direct endoscopic necrosectomy (DEN) significant improvement in the general condition was obtained. In the post-treatment imaging studies there was no signs of the pseudocyst and the necrosis.

Conclusions: Endoscopic transenteric stenting with direct endoscopic necrosectomy (DEN) is a safe and minimally invasive treatment for patients with pancreatic necrosis and infected pseudocyst. It is a method that should be considered in some patients as an alternative to conventional surgical treatment.

Key words: acute pancreatitis, pancreas, endoscopy.

P-00122

PRZERZUTY RAKA JASNOKOMÓRKOWEGO NERKI DO GUZA NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI – OPIS PRZYPADKU

METASTASIS OF RENAL CELL CARCINOMA TUMOR TO NEUROENDOCRINE PANCREAS TUMOR. CASE DESCRIPTION

Tomasz Olesiński¹, Mariola Winiarek¹,
Małgorzata Malinowska², Piotr Saramak¹,
Marek Szpakowski¹, Andrzej Rutkowski¹

¹Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

²Zakład Patologii, Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Występowanie dwóch różnych nowotworów u jednego pacjenta nie jest zjawiskiem rzadkim, mogą one rozwijać się nawet w jednym obszarze anatomicznym. Jednakże przerzut komórek nowotworowych z jednego guza do innego jest znacznie rzadszy. W literaturze opisano mniej niż 200 takich przypadków.

Cel: Prezentacja przypadku.

Materiał i metody: Chora, lat 73, po prawostronnej nefrektomii 20 lat temu (prawdopodobnie z powodu raka nerki – brak dokumentacji), od 6 lat obserwowana z powodu mnogich, stabilnych w tomografii komputerowej (TK) zmian ogniskowych w trzustce. Ostatnia kontrolna TK – progresja: liczne (> 10) hiperwaskularne, lite ogniska w mięszu trzustki, największe 65 × 50 mm, widoczne modelowanie przewodu żółciowego wspólnego (PŻW). Obraz zmian w TK przypominał przerzuty raka nerki, nie stwierdzono innych patologii. Wykonano PET-CT: w obrębie trzustki mnogie guzy neuroendokryne (PNET) bez hormonalnej aktywności. Pacjentkę zakwalifikowano do całkowitego wycięcia trzustki ze splenektomią. Pooperacyjne badanie hist.-pat.: NET trzustki G1 oraz dwa przerzuty raka jasnokomórkowego nerki (RJK) do guza neuroendokrynnego. Zbadane węzły chłonne bez przerzutów. W drugiej dobie chora reoperowana z powodu pogorszenia stanu ogólnego. Stwierdzono rozległą zakrzepicę w zakresie naczyń kręzkowych górnych i dolnych. W mechanizmie postępującego DIC chora zmarła w 4. dobie pooperacyjnej.

Wyniki: Guzy neuroendokryne trzustki stanowią około 4% wszystkich NET i ich częstość występowania wzrasta. Około połowa z nich jest hormonalnie czynna. RJK jest nowotworem o złym rokowaniu i niepewnym przebiegu. U około 30–40% chorych z RJK stwierdzamy rozsiew nowotworu już w momencie rozpoznania, a u 50% z pozostałych dochodzi do niego pomimo leczenia. Przerzuty do trzustki docierają głównie drogą krwi. Opisano przerzuty RJK do zdrowego mięszu trzustki – 2,8% ogółu przerzutów do trzustki, nie opisano jednak przerzutu do guza neuroendokrynnego trzustki. Średni czas od radykalnej nefrektomii do poja-

wienia się przerzutów do innych narządów (w tym do trzustki) wynosi 8–12 lat.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej guzów trzustki należy brać pod uwagę również zmiany przerzutowe, ze szczególnym uwzględnieniem raka nerki.

Słowa kluczowe: PNET, rak nerki, przerzut do trzustki.

ABSTRACT

Introduction: Existing of two different types of cancer at one patient is not unusual. Two different cancers may evolve even in one anatomical area. However metastasis of cancer cells from one tumor to another is significantly rare. There are less than 200 cases described in literature.

Purpose: Case report.

Material and methods: 73 year old woman, after right-hand nephrectomy 20 years ago (probably because of kidney tumor – no documentary) from 6 years observed because of numerous, stably in computer tomography (CT) changes in pancreas. The latest control CT – progression: numerous (> 10) hypervascular, solid center in pancreas pulp, the biggest 65 × 50 mm, modeling of common bile duct was noticeable. Changes observed in CT looked like kidney tumor metastasis, did not state any other pathologies. PET-CT was done, in area of pancreas many neuroendocrine tumors (PNET), without hormonal activity. Patient was qualified to complete pancreas extraction with splenectomy. Post-operative histopathological examination: NET pancreas G1 and two renal cell carcinoma metastasis to NET. Examined lymph nodes without metastasis. In the second twenty-four hours patient was re-operated because of deterioration of general condition. Stated extensive thrombosis in the area of inferior mesenteric lymph nodes. In advancing DIC patient died in fourth postoperative day.

Results: Neuroendocrine pancreas tumors (PNET) are about 4% of all NET and frequency of occur is rising. About half of them is hormonal active. cell carcinoma is a tumor with prognosis and unstable course. At about 30-40% patients with RCC, dissemination of tumor is stated at the moment of recognize, and at 50% of other patients dissemination of tumor occur in spite of treatment. Metastasis to pancreas get mainly by blood. It was describe that 2.8% of all RCC metastasis to pancreas, metastasis to heal pancreas pulp, however it was not describe metastasis to PNET. Average time from radical nephrectomy to appearance of metastasis to other organs (include pancreas) is 8-10 years.

Conclusions: In pancreas tumors differential diagnosis it is important to take metastatic changes, especially kidney tumor, into consideration.

Key words: PNET, RCC, pancreas metastases.

P-00145

WYSTĘPOWANIE PRZETOK TRZUSTKOWYCH PO OPERACJACH RESEKCYJNYCH TRZUSTKI Z POWODU GUZÓW TORBIELOWATYCH

Andrzej Krajewski, Maciej Słodkowski, Marek Wroński,
Andrzej Kluciński, Marcin Makiewicz,
Ireneusz W. Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Jednym z najczęściej występujących powikłań leczenia operacyjnego chorych z guzem torbielowatym trzustki jest przetoka trzustkowa. Powikłanie to wydłuża czas leczenia, podwyższa jego koszty, a nawet może prowadzić do zgonu chorego. Częstość występowania pooperacyjnej przetoki trzustkowej różni się w zależności od rodzaju zastosowanego leczenia operacyjnego.

Celem pracy była ocena częstości występowania pooperacyjnych przetok trzustkowych w zależności od typu zastosowanego leczenia resekcyjnego u chorych z guzem torbielowatym trzustki.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 60 chorych operowanych z powodu guza torbielowatego trzustki (24 chorych z SCA, 17 chorych z MCN, 15 chorych z IPMN, 4 chorych z SCPT). Obecność pooperacyjnej przetoki trzustkowej oceniano na podstawie wytycznych International Study Group of Pancreatic Fistula.

Wyniki: Pooperacyjna przetoka trzustkowa wystąpiła u 15 chorych leczonych operacyjnie z powodu guza torbielowatego trzustki, tj. z czę-

stością 25%. Operacją obciążoną największym odsetkiem pooperacyjnych przetok trzustkowych była centralna resekcja trzustki (100% przypadków). Drugim typem operacji, po którym obserwowano wysoką częstość występowania przetok trzustkowych, była resekcja miejscowa guza torbielowatego trzustki z nasyciem pętli jelita czczego (66,7%). Dalsze rodzaje operacji i związana z nimi częstość występowania pooperacyjnych przetok trzustkowych to subtotalna pankreatektomia (50%), obwodowa resekcja trzustki (33,3%), wyłuszczenie guza (25%) oraz pankreatoduodenektomia (7,7%).

Wnioski: Częstość występowania przetok trzustkowych po operacjach z powodu guza torbielowatego trzustki zależy od rodzaju wykonanej resekcji. Największe ryzyko powstania przetok występuje po centralnej resekcji trzustki oraz resekcji miejscowej guza z nasyciem pętli jelita czczego.

Słowa kluczowe: pooperacyjna przetoka trzustkowa, guzy torbielowate trzustki, resekcja trzustki.

ABSTRACT

Introduction: Postoperative pancreatic fistula is one of the most frequent complications of pancreatic resection for cystic neoplasm of pancreas. It prolongs the postoperative course, generates the costs of treatment and in some cases leads to death of the patient. The incidence of postoperative pancreatic fistula is different in various types of pancreatic resection.

Purpose: To evaluate the incidence of postoperative pancreatic fistula in relation to different types of pancreatic resection for cystic neoplasms of pancreas.

Material and methods: A total of 60 patients underwent pancreatic resection for cystic neoplasm. The indications were serous cystadenoma (24 pts), mucinous cystic neoplasm (17 pts), intraductal papillary mucinous neoplasm (15 pts) and solid cystic papillary tumor (4 pts). The postoperative fistulas were assessed according to International Study Group of Pancreatic Fistula criteria.

Results: Postoperative pancreatic fistula occurred in 15 patients (25%) operated for cystic neoplasm of pancreas. The most common type of resection complicated by postoperative pancreatic fistula was middle pancreatectomy (100%), followed by tumor local resection with pancreaticojejunostomy (66.7%), subtotal pancreatectomy (50%), distal pancreatectomy (33.3%), tumor enucleation (25%) and pancreaticoduodenectomy (7.7%).

Conclusions: The incidence of postoperative pancreatic fistula depends on the type of resection for cystic neoplasms of pancreas. Middle pancreatectomy and tumor local resection with pancreaticojejunostomy present the highest risk of postoperative pancreatic fistula.

Key words: postoperative pancreatic fistula, cystic neoplasms of pancreas, pancreatic resection.

P-00147

WCZESNE WYNIKI OBWODOWEJ RESEKCJI TRZUSTKI W MATERIALE WŁASNYM

Marek Olakowski¹, Beata Jabłońska¹, Łukasz Braszczok¹, Andrzej Lekstan¹, Paweł Bednarek², Agnieszka Bratek², Anna Bocheńska², Paweł Lampe¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego SUM w Katowicach

²Studenckie Towarzystwo Naukowe przy Katedrze i Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego SUM w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Obwodowa resekcja trzustki jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na usunięciu ogona i trzonu trzustki. Zabieg ten wykonuje się w leczeniu przewlekłego zapalenia trzustki, torbieli, łagodnych i złośliwych nowotworów zlokalizowanych w obwodowej części gruczołu oraz urazów trzustki.

Celem pracy była analiza wczesnych wyników resekcji dystalnej trzustki na podstawie własnego materiału.

Materiał i metody: W okresie od 2000 r. do 2010 r. obwodowej resekcji trzustki poddanych zostało 73 chorych: 32 mężczyzn (43,83%) i 41 (56,16%) kobiet.

Wyniki: Najczęstszym wskazaniem do zabiegu operacyjnego był guz ogona trzustki – 42 (57,53%). Średni czas zabiegu operacyjnego wyniósł

179,79 ± 59,90 min. U 59 chorych (80,82%) została wykonana splenektomia. Wczesne powikłania pooperacyjne wystąpiły u 11 chorych (15%). Wykonano 2 reoperacje (2,7%). Wskaźnik śmiertelności pooperacyjnej wyniósł 2,7%. Średni czas hospitalizacji po zabiegu operacyjnym wyniósł 12,72 ± 9,8 (1–66) dni.

Wnioski: Obwodowa resekcja trzustki przeprowadzona w ośrodku doświadczonym w chirurgii trzustki jest zabiegiem bezpiecznym, charakteryzującym się niskim wskaźnikiem powikłań i śmiertelności.

Słowa kluczowe: resekcja obwodowa trzustki.

ABSTRACT

Introduction: Distal pancreatectomy involves removal of the pancreatic tail and body. It is performed in the treatment of chronic pancreatitis, cysts, benign and malignant tumors located in the distal pancreatic part and pancreatic injuries.

Purpose: The aim of this study was to analyze the early results of the distal pancreatic resection based on own material.

Material and methods: In the period from 2000 to 2010 distal pancreatic resection was performed in 73 patients: 32 males (43.83%) and 41 (56.16%) women.

Results: The most common indication for surgery was a tumor of the pancreatic tail – 42 (57.53%). The mean duration of operation was 179.79 ± 59.90 minutes. In 59 patients (80.82%), splenectomy was performed. Early postoperative complications occurred in 11 patients (15%). Two reoperations (2.7%) were performed. Postoperative mortality rate was 2.7%. The mean duration of hospitalization after surgery was 12.72 ± 9.8 (1–66) days.

Conclusions: Distal pancreatectomy performed in a center experienced in pancreatic surgery is a safe procedure characterized by a low rate of complications and mortality.

Key words: distal pancreatic resection.

P-00159

OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI O CIĘŻKIM PRZEBIEGU – LECZENIE Z WYKORZYSTANIEM TECHNIK ENDOSKOPOWYCH – OPIS PRZYPADKU

Wojciech Fałek¹, Dominik Walczak¹, Magdalena Tuliszcza-Gołowkin², Roman Massopust², Piotr Trzeciak¹

¹Oddział Chirurgiczny Ogólny, Szpital Wojewódzki w Bełchatowie

²Zakład Diagnostyki i Terapii Endoskopowej, Szpital Wojewódzki w Bełchatowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Ostre zapalenie trzustki (OZT) o ciężkim przebiegu zgodnie z klasyfikacją z Atlanty z 1992 r. to ostry stan zapalny trzustki, w przebiegu którego dochodzi do miejscowych lub ogólnoustrojowych powikłań. Chirurgicy stoją przed ogromnym wyzwaniem, jakim jest operacyjne leczenie powikłań ostrego zapalenia trzustki. Często pomimo wskazań do leczenia operacyjnego stan ogólny pacjenta nie pozwala na podjęcie interwencji lub jej wynik jest z tego powodu wątpliwy. Czy zastosowanie technik małoinwazyjnych stanowi rozwiązanie tego problemu?

Celem pracy było przedstawienie na przykładzie opisu przypadku zastosowania technik endoskopowych w leczeniu ostrego zapalenia trzustki o ciężkim przebiegu.

Materiał i metody: Opis przypadku 64-letniej pacjentki hospitalizowanej początkowo w Oddziale Chorób Wewnętrznych, a następnie w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym.

Wyniki: Pacjentka w stanie ogólnym dobrym po 78 dniach hospitalizacji została wypisana z Oddziału.

Wnioski: Zastosowanie powtarzanych zabiegów endoskopowych, takich jak przeżołądkowy drenaż ropnia trzustki, endoskopowa nekrozektomia, endoskopowe wprowadzenie sondy do ciągłego drenażu przepływowego ropnia trzustki, jak również żywienia do- i pozajelitowego oraz celowanej antybiotykoterapii pozwoliło na uniknięcie interwencji chirurgicznej w postaci kolejnych laparotomii.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, techniki małoinwazyjne, techniki endoskopowe.

ABSTRACT

Introduction: Severe acute pancreatitis according to the Atlanta classification is defined by persistent organ failure and local complication. Surgeons need to face the challenge of operative treatment in acute pancreatitis. Despite indications to surgical management, patient's general condition often doesn't allow to perform operation or its results is uncertain. Does introduction of minimally invasive techniques might be solution to that problem?

Purpose: Goal of the study was to present a case report of the patient with severe acute pancreatitis treated using endoscopic techniques.

Material and methods: Case report of 64 years old female patient hospitalised initially at Department of Internal Diseases and later at Department of General Surgery.

Results: The patient was discharged from the hospital after 78 days in good general condition.

Conclusions: Application of repeated endoscopic procedures like transgastric drainage of pancreas abscess, endoscopic necrosectomy, endoscopic insertion of drain to abscess lavage beside parenteral nutrition and antibiotic therapy allow to avoid laparotomy.

Key words: acute pancreatitis, minimally invasive techniques, endoscopic techniques.

P-00177

PORÓWNANIE OBRAZU KLINICZNEGO PACJENTÓW PODDANYCH PANKREATODUODENEKTOMII I ZABIEGOM OMIJAJĄCYM Z POWODU GUZA GŁOWY TRZUSTKI

Katarzyna Kuśnierz¹, Mariusz Seweryn²,
Aleksandra Kolarczyk², Weronika Bulska²,
Paweł Lampe¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Koło naukowe STN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Pankreatoduodenektomia jest jedną z metod radykalnego leczenia guzów głowy trzustki. Miejscowe zaawansowanie guza niejednokrotnie uniemożliwia wykonanie radykalnego zabiegu. W przypadkach, gdy resekcja nie jest możliwa, alternatywą jest wykonanie zespołu omijających. Nie eliminują one problemu obecności guza, jednak zapewniają drożność przewodu pokarmowego i dróg żółciowych.

Cel: Porównanie przedoperacyjnego obrazu klinicznego grupy pacjentów, u których wykonano pankreatoduodenektomię (PD) z grupą pacjentów, w której wykonano zabieg omijający (BS).

Materiał i metody: Wykonano analizę danych z prospektywnie zbieranego, wystandaryzowanego badania podmiotowego u 157 pacjentów kwalifikowanych do zabiegu chirurgicznego z powodu guza głowy trzustki w okresie I 2012 – V 2013 r. Rozpoznania histopatologiczne obejmowały nowotwory złośliwe. W zależności od wykonanego zabiegu klasyfikowano pacjentów do grupy PD lub grupy BS. W grupie PD znalazło się 76 pacjentów; w grupie BS – 81 pacjentów. Analizie poddano płeć, wiek, czas trwania diagnostyki, liczbę ośrodków diagnozujących, pierwszy objaw guza, główne objawy oraz przebieg pooperacyjny.

Wyniki: W grupie BS przeważali mężczyźni, w grupie PD – kobiety ($p < 0,05$). Wykazano istotne statystycznie różnice pod względem wieku: w grupie BS – 63 ± 11 lat, w grupie PD – 52 ± 12 ; czasu trwania diagnostyki: w grupie BS – $10,5 \pm 3$ miesiące, w grupie PD – $7,5 \pm 3$ miesiące; oraz wystąpienia pierwszego objawu guza: w grupie BS była to żółtaczka, w grupie PD był to ból. W obu grupach diagnostyka odbywała się średnio w 4 ośrodkach. Pod względem częstości dolegliwości głównych w obu grupach stwierdzono występowanie bólu i utraty wagi u 82%; braku apetytu u 41%; biegunki, zaparcia i wymiotów u 34%. Stwierdzono większą ilość przebytych zabiegów w grupie BS. Przebieg pooperacyjny był podobny w obu grupach.

Wnioski: Po przeprowadzeniu analizy stwierdzono różnice dotyczące płci, wieku, czasu diagnostyki i rodzaju pierwszego objawu guza głowy trzustki. Pacjenci poddawani PD mogą być scharakteryzowani jako młodsze kobiety z krótszym czasem diagnostyki i bólem jako pierwszym objawem guza.

Słowa kluczowe: pankreatoduodenektomia, zabiegi omijające, wywiad, obraz kliniczny.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatoduodenectomy is the method of radical treatment of tumors of head of pancreas. Often the local advancement of the tumor makes it impossible to perform radical surgery. In cases, where the radical resection is not possible, the alternative option is the palliative bypass surgery. They do not eliminate the problem of the presence of the tumor, but provides the patency of the gastrointestinal and biliary tract.

Purpose: Comparison of the clinical cases of patients who underwent pancreatoduodenectomy (PD) and bypass surgery (BS).

Material and methods: We perform data analysis of prospectively obtained, standardized medical interview which included 157 patient qualified for surgery proper tumor of head of pancreas among I.2012-V.2013. Histopathological diagnosis included malignant neoplastic tumors. The patients were classified into PD-group and BS-group. There were 76 patients after PD and 81 after BS. The following parameters were analyzed: gender, age, BMI, time of diagnostic procedures, the number of diagnostic medical centers, the first symptoms of the tumor, major symptoms and postoperative course.

Results: In BS-group dominated men, in PD-group women ($p < 0.05$). There was found significant difference in terms of the age of patients: average age in BS-group was 63 ± 11 years, in PD-group 52 ± 12 . Time of diagnostic procedures: BS-group: 10.5 ± 3 months, PD-group: 7.5 ± 3 . First symptoms of the tumor: BS-group: jaundice, PD-group: pain. Patients from both groups were being diagnosed average in 4 medical centers. In terms of the frequency of major symptoms, both groups had pain and weight loss in 82%; lack of appetite in 41%; diarrhea, constipation and vomiting in 34%. A higher number of previous treatments was in BS-group. The postoperative course was similar in both groups.

Conclusions: The analysis showed differences in terms of gender, age, time of diagnosis and the first symptom of tumor of head of pancreas. Patients who underwent pancreatoduodenectomy can be characterized as young women, with shorter time of diagnostic procedures and with pain as the first symptom.

Key words: pancreatoduodenectomy, bypass surgery, medical interview, clinical cases.

P-00178

ZMIANY POZIOMU GLIKEMII U PACJENTÓW PODDANYCH PANKREATODUODENEKTOMII I ZABIEGOM OMIJAJĄCYM Z POWODU GRUCZOLAKORAKA GŁOWY TRZUSTKI

Katarzyna Kuśnierz¹, Mariusz Seweryn²,
Aleksandra Kolarczyk², Weronika Bulska²,
Paweł Lampe¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Koło Naukowe STN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Zakłada się, że obecność gruczolakoraka trzustki może mieć wpływ na tolerancję glukozy oraz że rozwój cukrzycy jest związany z ilością miększu trzustki. Pankreatoduodenektomia, zmniejszając masę trzustki, może wywoływać zmiany poziomu glikemii.

Cel: Ocena zmian poziomu glikemii w grupach pacjentów poddanych pankreatoduodenektomii (PD) i zabiegom omijającym (BS) z powodu gruczolakoraka głowy trzustki.

Materiał i metody: Wykonano analizę prospektywną poziomu glikemii pacjentów z guzem głowy trzustki kwalifikowanych do PD w okresie: I 2011 – V 2013. Spośród 262 pacjentów z guzem głowy trzustki u 103 rozpoznano gruczolakoraka. Pacjentów podzielono na dwie grupy w zależności od wykonanego zabiegu. W pierwszej grupie wykonano PD – 46 pacjentów, w drugiej zabiegi omijające: żółciowo- i żołądkowo-jelitowe (BS) – 57. Analizowano przed- i pooperacyjny poziom glikemii, obecność cukrzycy i jej leczenie, przedoperacyjny BMI i utratę masy ciała.

Wyniki: Wykazano istotną różnicę ($p < 0,05$) pod względem występowania cukrzycy przed operacją. W grupie PD: 43,5% (20) pacjentów miało cukrzycę; w grupie BPS u 38,6% (22) występowała cukrzyca, u 17,5% (10) występowała nieprawidłowa glikemia na czczo. Glikemia przed operacją u pacjentów z cukrzycą wynosiła 114 ± 18 mg/dl w grupie PD oraz 138 ± 19 mg/dl w grupie BS; glikemia po operacji odpowiednio: 174 ± 10 mg/dl i 152 ± 14 mg/dl ($p < 0,05$). Przedoperacyjne leczenie cukrzycy – w PD: doustne leki przeciwcukrzycowe – 65% (13), dieta – 35% (7), w BS: insulina 50% (11), dieta 50% (11). Nie wykazano istotnej różnicy ($p > 0,05$) w przedoperacyjnym BMI. Cukrzyca po operacji wystąpiła u 45,7% (21) pacjentów w grupie PD oraz 52,6% (30) w BS ($p < 0,05$). Pooperacyjne leczenie cukrzycy w grupie PD – insulina u 76,2% (16); w BPS – insulina u 82,8% (24) ($p > 0,05$).

Wnioski: Nie stwierdzono związku między resekcją głowy trzustki a występowaniem cukrzycy. U pacjentów poddanych PD przed operacją częściej występowała cukrzyca, ale średnie poziomy glikemii były niższe i nie wymagały podaży insuliny w porównaniu z grupą BS. Pooperacyjny poziom glikemii był wyższy w grupie PD z przedoperacyjną cukrzycą i wymagał zmiany leczenia z zastosowaniem insuliny. Zaobserwowano znaczny wzrost liczby pacjentów z cukrzycą w grupie poddanej zabiegom omijającym.

Słowa kluczowe: cukrzyca, gruczolakorak trzustki, analiza glikemii, pankreatoduodenektomia, zabiegi omijające.

ABSTRACT

Introduction: The presence of adenocarcinoma of the pancreas may affect glucose tolerance and the development of diabetes is related to the amount of pancreatic parenchyma. Pancreatoduodenectomy decreases amount of pancreatic parenchyma and can trigger diabetes.

Purpose: The aim of study was assessment of changes of glycemia by patients undergoing pancreatoduodenectomy (PD) and bypass surgery (BS) propter adenocarcinoma of the pancreas.

Material and methods: We perform prospective analysis of patients with pancreatic head tumor qualified to PD among I.2011-V.2012. Within 262 patients with pancreatic tumor, 103 had adenocarcinoma. Patients were divided into two groups according to surgery. First group of patients underwent PD – 46 patients, second BS – 57. We analyzed pre- and postoperative glycaemia, presence of pre- and postoperative diabetes, diabetes treatment, preoperative BMI and loss of weight.

Results: There was significant difference ($p < 0.05$) in terms of preoperative diabetes. In PD-group 43.5% (20) patients had preoperative diabetes, in BS-group 38.6% (22) had diabetes and 17.5% (10) impaired fasting glucose. Preoperative glycaemia in patients with diabetes was 114 mg/dl in PD-group, 138 mg/dl in BS-group, and after operation 174 mg/dl, 152 mg/dl respectively ($p < 0.05$). There was significant difference ($p < 0.05$) in preoperative diabetes treatment: in PD-group 65% (13) used metformin, 35% (7) only diet, in BS-group 50% (11) used insulin, 50% (11) diet. There was no significant difference in preoperative BMI ($p > 0.05$). Postoperative diabetes occurred in 45.7% (21) patients in PD-group and 52.6% (30) in BS-group ($p < 0.05$). In postoperative diabetes treatment 76.2% (16) patients in PD-group used insulin, in BS-group 82.8% (24) used insulin ($p > 0.05$).

Conclusions: There was not relationship between the resection of the head of pancreas and diabetes. Patients undergoing PD had often diabetes before surgery, but the average glycaemia were lower and not required using insulin in comparison to BS-group. Postoperative glycaemia was higher in PD-group with preoperative diabetes and required a change in treatment with insulin. There was significant increase of amount of patients with diabetes in bypass surgery.

Key words: diabetes, adenocarcinoma of the pancreas, glycemia analysis, pancreatoduodenectomy, bypass surgery.

P-00208

ŁAGODNY GUZ TRZUSTKI – TŁUSZCZAK – ROZPOZNANIE I LECZENIE CHIRURGICZNE

Julia Rudno-Rudzińska¹, Ewelina Frejlich¹,
Agnieszka Hałoń², Wojciech Kielan¹

¹II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Nowotwory trzustki mogą mieć pochodzenie mezenchymalne albo nabłonkowe. Znacznie częstsze (85% przypadków) są raki gruczolowe. Guzy pochodzenia nieprzewodowego stanowią 5–15%, a takie jak potwor-niak, tłuszczczak, tłuszczczakomięsak – 1–2%. Tłuszczczak trzustki jest bardzo rzadko występującą zmianą i został zdiagnozowany w kilkunastu przypadkach na świecie. W diagnostyce guzów trzustki wykorzystuje się tomografię komputerową, rezonans magnetyczny oraz endoskopową ultrasonografię, która umożliwia pobranie wycinka histopatologicznego i weryfikację przedoperacyjną guza. Kontrowersyjne pozostaje rozpoznanie zmiany łagodnej na podstawie jedynie badań obrazowych i pozostawienie pacjenta bez chirurgicznego leczenia, poddając go jedynie obserwacji.

Celem pracy było prześledzenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego łagodnych guzów trzustki.

Materiał i metody: Opis przypadku: 66-letnia kobieta z nadciśnieniem tętniczym od 10 lat została przyjęta do II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Brzuszej z guzem w obrębie głowy trzustki, o morfologii zmiany rozrostowej. U pacjentki wykonano zabieg Clagetta. Przebieg pooperacyjny powikłany był wystąpieniem przetoki trzustkowej, leczonej zachowawczo z dobrym skutkiem. Pacjentka została wypisana w stanie dobrym po 14 dniach hospitalizacji. W pooperacyjnym badaniu histopatologicznym rozpoznano tłuszczczaka położonego wewnątrztrzustkowo.

Wyniki: Po analizie danego przypadku stwierdzono niedostateczną współpracę pomiędzy zespołem radiologów, gastroenterologów oraz chirurgów.

Wnioski: Przypadek tej pacjentki pokazuje konieczność diagnozowania guzów trzustki za pomocą więcej niż jednego badania. Najbardziej przydatny wydaje się w niektórych przypadkach EUS ze względu na możliwość pobrania wycinka do badania histopatologicznego i weryfikacji zmiany, zwłaszcza jeśli w badaniach obrazowych jest ona klasyfikowana jako łagodna.

Słowa kluczowe: trzustka, tłuszczczak.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic tumors have mesenchymal or epithelial origin. Most (85% of cases) are epithelial ones adenocarcinomas. Non-ductal tumors account 5-15% and at as lymphangioma, lipoma, tratoma and other represents 1-2% of cases. Lipoma of the pancreas is rare finding diagnosed in several dozen patients in the world. Usually pancreatic tumors are diagnosed with CT, MR and EUS. It still controversial whether CT or MR can determine interchangeably if the tumor is benign or the histopathological result is necessary and crucial for non-surgical treatment. Another question is whether this "benign" cases can be left without any follow-up.

Purpose: The aim of the analysis was to investigate diagnosis and treatment in benign tumors of the pancreas.

Material and methods: Case report A 66-year old woman with hypertension cured from 10 years was admitted to 2nd Surgical and Oncological Department in Medical University of Wrocław with the pancreatic tumor diagnosed with CT scans which showed not well circumscribed tumor in the head of the pancreas. Patient underwent Clagett procedure. Pancreatic fistula was recognized in post-operative course, which was treated conservatively. The patient was released after 14 days in good condition. Post-operative histopathological result revealed intrapancreatic lipoma.

Results: The cooperation between radiologists, gastroenterologists and surgeons is not good enough and may cause diagnostic "mistakes".

Conclusions: The case showed that CT should not be used separately in diagnosing benign tumor because of the risk of mistakes, histopathological examination should be crucial for the patient and EUS is the most suitable technique to receive material for histopathological examination and diagnose benign tumors of the pancreas.

Key words: lipoma, pancreas.

Chirurgia metaboliczna

P-00011

OCENA STĘŻEŃ WITAMINY D₃, PARATHORMONU ORAZ JONÓW WAPNIOWYCH U CHORYCH Z RAKAMI TARCZYCY

Tomasz Stępień, Roman Krupiński, Jan Sopiński, Krzysztof Kuzdak

Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Raki tarczycy są najczęstszymi nowotworami gruczołów dokrewnych. Rola wit. D oraz jej aktywnych metabolitów w procesie onkogenezy nowotworów tarczycy pozostaje dotychczas niejasna.

Celem pracy była ocena stężeń 1,25(OH)₂D₃, 25(OH)D₃, PTH oraz wapnia zjonizowanego w surowicy krwi chorych z rakami tarczycy.

Materiał i metody: Stężenia badanych czynników oznaczano u 27 chorych z rakiem brodawkowatym (PTC), 16 z rakiem pęcherzykowym (FTC) oraz 7 z rakiem anaplastycznym (ATC). Grupę kontrolną stanowiło 25 zdrowych ochotników. Pomiary stężeń wit. D₃ (25 OH) oraz PTH oznaczano metodą elektrochemiluminescencyjną (ECLIA), wit. 1,25(OH)₂D₃ metodą immunoenzymatyczną (EIA), wapnia metodą kompleksometryczną. Ocenę istotności różnic między badanymi parametrami grupy kontrolnej i badanymi grupami chorych przeprowadzono przy użyciu jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA test).

Wyniki: Wykazano statystycznie niższe stężenia wit. 1,25(OH)₂D₃ w rakach brodawkowatych, pęcherzykowych i anaplastycznych. Najniższe stężenia wit. 1,25(OH)₂D₃ stwierdzono u chorych z rakami anaplastycznymi oraz u chorych z III i IVa stopniem zaawansowania klinicznego wg UICC. Nie stwierdzono istotnych różnic między stężeniami wit. D₃ (25 OH), PTH i jonów wapnia w badanych grupach.

Wnioski: Wyniki naszych badań wskazują na zaburzony metabolizm wit. D₃ w patogenezie raków wywodzących się z komórek pęcherzykowych tarczycy.

Słowa kluczowe: witamina D₃, parathormon, rak tarczycy.

ABSTRACT

Introduction: Thyroid cancer is the most common malignancy of the endocrine gland system. Little is known about the association between vitamin D status and the pathogenesis of thyroid cancer.

Purpose: The 25-hydroxyvitamin D₃, 1,25-dihydroxyvitamin D₃, PTH and calcium serum levels of 27 cases of papillary cancers (PTC), 16 follicular cancers (FTC), and 7 cases of anaplastic cancers (ATC) were measured by specific immunoassay. The control group consisted of 25 healthy volunteers.

Material and methods: Measurement of vitamin D₃ (25-OH) and PTH were performed using electrochemiluminescence ECLIA assay, serum 1,25(OH)₂D₃ was measured by an Enzyme-Immuno-Assay (EIA) and plasma calcium concentration was determined by complexone method. Results were presented as mean standard error of the mean (SEM). ANOVA followed by Fisher's Protected Least Significant Difference was used to calculate differences between investigated groups.

Results: Our results revealed significantly lower 1,25-(OH)₂D₃ concentration in the PTC group, FTC group and ATC. Levels of 1,25-(OH)₂D₃ varied by cancer stage and were also significantly different. A significant decrease in circulating 1,25-(OH)₂D₃ concentration was found in patients with stage III and in stage IVa (UICC stages). There were no significant differences when comparing serum levels of 25(OH)D₃, PTH or calcium concentrations among individuals with thyroid cancer and age- and sex-matched control volunteers.

Conclusions: Our study revealed that impaired vitamin D₃ metabolism may play an important role in thyroid follicular cell oncogenesis.

Key words: vitamin D₃, parathormone, thyroid cancer.

P-00088

WPŁYW DŁUGOŚCI PĘTLI ŻÓŁCIOWEJ ORAZ WSPÓLNEJ NA UZYSKANIE LABORATORYJNEJ REMISJI CUKRZYCY TYPU 2 PO WYŁĄCZENIU ŻOŁĄDKOWYM SPOSOBEM ROUX-EN-Y

Łukasz Kaska, Monika Proczko, Jarek Kobiela, Tomasz Stefaniak, Zbigniew Śledziński

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

P

STRESZCZENIE

Wstęp: Wyłączenie żołądkowe sp. Roux-en-Y (RYGB) jest najbardziej efektywnym sposobem leczenia otyłości patologicznej oraz chorób towarzyszących, w tym cukrzycy typu 2 (T2DM). Jednakże zebrane dowody wskazują na ograniczenia standardowych długości pętli jelitowych stosowanych w RYGB w uzyskaniu trwałych efektów utraty masy oraz remisji T2DM.

Cel: Bazując na współczesnych hipotezach hormonalnych i metabolicznych mechanizmów kontroli glikemii po RYGB oraz własnych obserwacjach klinicznych, autorzy ocenili wpływ długości pętli żółciowej (BL) oraz wspólnej (CL) na laboratoryjną remisję T2DM w 2-letnim okresie obserwacji.

Materiał i metody: Z prospektywnie zaprojektowanej bazy danych zebrano wyniki 104 pacjentów poddanych RYGB pomiędzy styczniem 2008 r. a styczniem 2011 r., z powodu cukrzycy typu 2 towarzyszącej otyłości (BMI 30–55, średnia 42,2). Tradycyjna, krótsza BL została zastosowana w grupie I (SBL: n = 51, 50–75 cm, średnia 68,8 cm). W grupie II BL wydłużono średnio do 130,8 cm (LBL: n = 53, 100–150 cm). Laboratoryjnymi parametrami definiującymi ustąpienie T2DM mierzonymi 3, 6, 12, 24 miesiące po operacji były: poziom glukozy na czczo (FPG ≤ 100 mg%) oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c} ≤ 6%). Dodatkowo, oprócz bezpośredniego porównania grup wyszczególnionych na podstawie długości BL, dokonano oceny wpływu innych aspektów technicznych RYGB na wynik leczenia.

Wyniki: Chociaż kryteria laboratoryjnej remisji T2DM (bez leków przeciwcukrzycowych) spełniła większa część pacjentów w grupie LBL niż w SBL (p < 0,05), to średnie wartości ΔFPG i ΔHbA_{1c} nie wykazały znamiennej różnic w obu grupach w ciągu 2-letniej obserwacji. Dodatkowo wykazano silną korelację uzyskanych parametrów remisji z krótką pętlą wspólną w obu grupach, szczególnie po 24 miesiącach po operacji.

Wnioski: Dłuższa pętla żółciowa sprzyja uzyskaniu lepszej i trwałej kontroli glikemii u pacjentów z cukrzycą po RYGB w 2-letniej obserwacji. Długość pętli wspólnej bardziej niż żółciowej wpływa na osiągnięcie remisji T2DM po 24 miesiącach od operacji. Do pełnej oceny skuteczności przedstawionej modyfikacji technicznej RYGB w leczeniu T2DM wymagany jest dłuższy okres obserwacji.

Słowa kluczowe: T2DM, gastric by-pass, długość pętli, chirurgia metaboliczna.

ABSTRACT

Introduction: The Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) is effective treatment for morbid obesity and what should be more firmly considered as the procedure which leads to type 2 diabetes mellitus (T2DM) resolution. However, evidences demonstrate that applied standard limb lengths usually can have limited impact on long term weight loss and on durable T2DM remission.

Purpose: Based on the recent hypothesis of hormonal and metabolic mechanisms of glycemia control after RYGB and own clinical observations, the authors evaluated the influence of the longer biliary limb (L-BL) on the T2DM laboratory markers in 2 years follow-up.

Material and methods: The data of 104 obese (BMI 30-55, mean 42.2) patients, with T2DM underwent RYGB between January 2008 and January 2011, have been collected from prospectively designed data base. The length of biliary limb was generally shorter in one group (S-BL: N = 51, 50-75 cm, mean 68.8 cm) and longer in another group (L-BL: N = 53, 100-150 cm, mean 130.8 cm). The crucial laboratory parameters defining T2DM remission; fasting plasma glucose (FPG) and glycosylated hemoglobin (HbA_{1c}) have been measured 3, 6, 12 and 24 months after the operation. Additionally to the main comparison of the groups, the impact of different technical aspects of the operations on the final outcomes was investigated.

Results: The laboratory T2DM remission (without anti-diabetes medications) rate was higher in L-BL than in S-BL in 2 year observation period. Less significant differences have been observed while the average Δ FPG and Δ HbA_{1c} levels in established points of follow-up were compared. Additionally, the shorter common limb is strongly correlated with the desired level of FPG, HbA_{1c} in both groups, especially in the final end-point – 24 months after RYGB.

Conclusions: The length of common limb more than length of biliary limb influences on laboratory T2DM remission in obese patients after RYGB. Shorter common limb was responsible for more complete and nonreversible improvement of glycemia control in medium-term observation period. The long term study is needed to fully estimate if introduced technical solutions of RYGB would provide the durable effect of T2DM resolution.

Key words: T2DM, RYGB, limbs length, metabolic surgery.

Material and methods: Forty six non-randomly selected patients with BMI 35-55 (mean 47.2) underwent between January and June 2013, 3 different procedures: sleeve gastrectomy (SG, n = 14), Roux-en-Y gastric by-pass (RYGB, n = 16) and Ω -loop gastric by-pass (OLGB, n = 16) have been involved in the prospective study. The following laboratory parameters: glucose, insulin, lipid profile, CRP and additionally, the index HOMA-IR describing insulin resistance were measured before the procedure and 4 days postoperatively.

Results: The significant improvement in glucose and lipids profile has been observed in patients after RYGB and OLGB but not after SG. The HOMA-IR index has been reduced significantly after both gastric by-pass procedures.

Conclusions: The hybrid operations (gastric by-pass) substantially influence rapid postoperative improvement of glucose and lipids metabolism based on mechanism of insulin resistance change.

Key words: HOMA-IR, metabolic surgery, rapid response, lipids metabolism, glucose metabolism, weight loss independent.

P

P-00092

PROSPEKTYWNA OCENA SZYBKICH ZMIAN ZACHODZĄCYCH W PROFILU WĘGLOWODANOWYM I LIPIDOWYM PO RESTRYKCYJNYCH I HYBRYDOWYCH OPERACJACH BARIATRYCZNYCH U PACJENTÓW Z TOWARZYSZĄCĄ OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNEJ NIETOLERANCJĄ GLUKOZY

Łukasz Kaska¹, Monika Proczko¹, Tomasz Śledziński², Tomasz Stefaniak¹, Zbigniew Śledziński¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Zakład Biochemii, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Powszechnie znany jest wpływ operacji bariatrycznych na zmiany w gospodarce węglowodanów i tłuszczów zależne od utraty masy ciała. Jednakże wśród otyłych pacjentów z obniżoną tolerancją glukozy gwałtowną poprawę profilu metabolicznego obserwuje się nawet w kilka dni po operacji, zanim dochodzi do jakiegokolwiek spadku wagi.

Celem pracy jest prospektywna ocena wpływu różnych procedur bariatrycznych na zależne od metabolizmu insuliny zmiany parametrów przemian węglowodanów i tłuszczów zachodzących między operacją a 4. dobą pooperacyjną u pacjentów z otyłością patologiczną.

Materiał i metody: Pomiędzy styczniem a czerwcem 2013 r. w KChO-EIT przeprowadzono prospektywne nierandomizowane badanie grupy czterdziestu sześciu pacjentów z BMI > 35 i < 55 (średnia 47,2) poddanych 3 rodzajom operacji: mankietowej resekcji żołądka (SG, n = 14), wyłączeniu żołądkowym sp. Roux-en-Y (RYGB, n = 16) oraz wyłączeniu żołądkowym z pojedynczym zespoleniem żołądkowo-jelitowym (OLGB, n = 16). W dniu przyjęcia (D0) oraz w 4. dobie po operacji (D4) dokonano oznaczeń następujących zmiennych laboratoryjnych: poziom glukozy i insuliny na czczo, lipidogram, CRP, oraz oznaczono parametr opisujący oporność na insulinę HOMA-IR.

Wyniki: U pacjentów poddanych RYGB i OLGB w przeciwieństwie do SG obserwowano znamienne poprawę parametrów gospodarki węglowodanowej i lipidowej w 4. dobie po operacji. Index HOMA-IR po obu operacjach wyłączenia żołądkowego był znamienne obniżony.

Wnioski: Hybrydowe operacje bariatryczne (wyłączenie żołądkowe) sprzyjają szybkiej poprawie metabolizmu cukrów i tłuszczów, prawdopodobnie w oparciu o mechanizm zmiany wrażliwości na insulinę.

Słowa kluczowe: HOMA-IR, chirurgia metaboliczna, szybka odpowiedź, metabolizm lipidów, metabolizm glukozy, niezależne od spadku masy.

ABSTRACT

Introduction: The weight reduction related impact of bariatric operations on glucose and lipids metabolism is well known. However obese patients with glucose intolerance experience the rapid improvement of metabolic profile even a few days post operations, a long time before any weight loss.

Purpose: The aim of this prospective study was to evaluate the impact of 3 bariatric procedures on insulin dependent regulations of glucose and lipids metabolism observed between the operations and 4th postoperative day.

P-00180

MANKIETOWA RESEKCJA ŻOŁĄDKA W LECZENIU OTYŁOŚCI OLBRZYMIĘJ I ZESPOŁU METABOLICZNEGO

Hady Razak Hady, Jacek Dadan, Magdalena Łuba

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Popularność laparoskopowej mankietowej resekcji żołądka stale rośnie w leczeniu otyłości olbrzymiej i zespołu metabolicznego.

Celem pracy było określenie zmian parametrów zespołu metabolicznego oraz stężenia insuliny, całkowitego cholesterolu, jego frakcji HDL i LDL, a także opisanie wpływu utraty masy ciała na choroby współtowarzyszące otyłości u pacjentów otyłych po mankietowej resekcji żołądka z rocznym *follow-up*.

Materiał i metody: Materiał pracy stanowiło 130 pacjentów operowanych w naszym ośrodku w latach 2007–2010, u których celem leczenia otyłości olbrzymiej wykonano mankietową resekcję żołądka (LSG) i którzy przed zabiegiem spełniali jednocześnie przynajmniej 3 kryteria niezbędne do rozpoznania zespołu metabolicznego wg IDF. Przeanalizowano również wpływ LSG na choroby współtowarzyszące otyłości.

Wyniki: W trakcie rocznego *follow-up* uzyskaliśmy statystycznie istotny spadek BMI (z 53,18 + 7,5 kg/m² do 31,4 + 3,75 kg/m², p < 0,00001) oraz zmniejszenie obwodu pasa. 12 miesięcy po zabiegu spadek masy ciała (%EWL) wyniósł 59,42 + 7,21% a spadek BMI (%EBL) wyniósł 61,03 + 6,5%. Po roku od zabiegu LSG liczba chorych ze zdiagnozowanym zespołem metabolicznym spadła do 61 (53,08%). Po roku żaden z pacjentów nie spełniał kryteriów zespołu metabolicznego.

Wnioski: Pomimo że jest to stosunkowo nowa metoda, LSG zyskuje aprobatę w leczeniu otyłości i zespołu metabolicznego w związku z efektywnością utraty masy ciała wyrażoną w %EWL i %EBL. LSG jest stosunkowo prostym zabiegiem, czas wykonania i hospitalizacji jest krótszy. LSG niesie ze sobą normalizację parametrów zespołu metabolicznego oraz zmniejszenie odsetka otyłych pacjentów z zespołem metabolicznym.

Słowa kluczowe: mankietowa resekcja żołądka, zespół metaboliczny.

ABSTRACT

Introduction: Popularity of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) has been growing gradually in treatment obesity and metabolic syndrome.

Purpose: The aim of this study was to determine changes in metabolic syndrome parameters as well as insulin, total cholesterol, and LDL cholesterol and to describe the influence of body weight loss on comorbidities in obese patients after LSG with 1-year follow-up.

Material and methods: The material consists of 130 patients who underwent LSG (2007-2010) in order to treat morbid obesity and who had met before the surgery at least three criteria necessary for the diagnosis of metabolic syndrome according to the International Diabetes Federation. The influence of LSG on comorbidities was also analyzed.

Results: During 1-year follow-up after LSG, we obtained a statistically significant decrease in BMI (from 53.18 + 7.5 kg/m² to 31.4 + 3.75 kg/m², p < 0.00001) and a reduction in waist circumference. Twelve months after the surgery, excess weight loss (EWL) was 59.42 + 7.21%

and excess body mass index loss (EBL) was 61.03 + 6.5%. One year after LSG, the amount of patients with diagnosed metabolic syndrome decreased in 61 patient (53.08%). After 1 year, none of the patients met five criteria of metabolic syndrome.

Conclusions: According to efficiency in body mass loss presented by %EWL and %EBL, LSG is gaining approval as a method of obesity and metabolic syndrome treatment, although it is a relatively new procedure. LSG is rather an easy procedure; the time of performance and hospitalization are shorter which entails normalization in all parameters of metabolic syndrome and decreases the percentage of obese patients with metabolic syndrome.

Key words: laparoscopic sleeve gastrectomy, metabolic syndrome.

Chirurgia małoinwazyjna gruczołów dokrewnych

P-00022

OCENA WYBRANYCH FUNKCJI POZNAWCZYCH U CHORYCH Z PIERWOTNĄ NADCZYNNOSCIĄ PRZYTARCZYC

Dominika Babińska¹, Marcin Barczyński²,
Tomasz Stefaniak¹, Tomasz Osęka¹, Andrzej Łachiniński¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²III Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM

STRESZCZENIE

Wstęp: W piśmiennictwie obok klasycznych objawów PNP wymieniane są także dyskretne objawy ze strony OUN w postaci m.in. zmęczenia, zaburzeń koncentracji, pamięci, zaburzeń nastroju, zaburzeń psychomotorycznych, które ustępują po leczeniu operacyjnym. Do tej pory opublikowano niewiele badań szczegółowo analizujących parametry zaburzeń poznawczych u chorych z PNP, w oparciu o metody neuropsychologiczne.

Celem pracy jest ocena występowania zaburzeń wybranych funkcji poznawczych i jakości życia u chorych z rozpoznaną PNP, a następnie analiza funkcjonowania poznawczego u tych chorych w około rok po leczeniu operacyjnym.

Materiał i metody: Badanie jest prospektywne, powtórzone tym samym zestawem testów przed operacją i rok po zastosowanym leczeniu chirurgicznym. Grupę badawczą stanowiło 65 pacjentów z rozpoznaną PNP. Grupę kontrolną, dobraną pod względem płci i wieku, stanowili pacjenci operowani z innych przyczyn. W badaniu zostały wykorzystane metody neuropsychologiczne: BVRT, WCST, DUM, AVL, TMT, próba fluencji słownej. Do oceny jakości życia zastosowano: skalę FACIT-F oraz skalę PAS.

Wyniki: Badanie wykazało zaburzenia wybranych funkcji poznawczych u chorych z PNP przed operacją (w porównaniu z grupą kontrolną) oraz w badaniu prospektywnym, w zakresie: pamięci, uwagi i koncentracji, funkcji wykonawczych, koordynacji wzrokowo-ruchowej. Wykazano, że im osoba młodsza i im wyższe wykształcenie, tym lepsze prognozy na utrzymanie lub poprawę funkcjonowania poznawczego po operacji. Jakość życia chorych z PNP po paratyreoidektomii okazała się istotnie wyższa.

Wnioski: W badanej grupie chorych leczonych z powodu PNP ujawniono, że choroba ta może prowadzić do występowania pewnych zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym. Wykazano, że chorzy z PNP po leczeniu operacyjnym uzyskali poprawę funkcjonowania poznawczego w zakresie pamięci, uwagi, funkcji wykonawczych, koordynacji wzrokowo-ruchowej. Leczenie operacyjne jest skuteczną metodą leczenia PNP, prowadzącą do ustąpienia objawów klinicznych, normalizacji wskaźników laboratoryjnych, poprawy funkcjonowania poznawczego oraz w istotny sposób poprawiającą jakość życia.

Słowa kluczowe: pierwotna nadczynność przytarczyc, zaburzenia poznawcze.

ABSTRACT

Introduction: Apart from classic symptoms of pHPT, relevant literature also reports subtle symptoms related to the CNS (fatigue, impaired concentration and memory, mood, motor disturbances). Until now only few publications presented the disturbances related to the parameters of cognitive functions in patients basing on the neuropsychological tests.

Purpose: Evaluation of the occurrence of selected cognitive functions and quality of life in patients with primary hyperparathyroidism and analysis of the cognitive functioning in these patients one year following surgery.

Material and methods: The patients were examined prospectively, i.e. with the same set of psychometric tools carried out before surgery and one year following surgery. The study group was composed of 65 patients with diagnosed pHPT. A control group, which was matched according to sex and age, was composed of patients who underwent surgeries for other conditions. The study involved standard psychological tools: BVRT, WCST, DUM, AVL, TMT, Verbal Fluency Test. Life quality was tested using: FACIT-F and PAS scale.

Results: In comparison with the control group the study showed disturbances in selected cognitive functions in patients with pHPT present before surgery and in the prospective examination related to the memory, attention and concentration, executive functions, visual-motor coordination. It has been found out that the younger patient and the higher their education, the better prognosis could be made as to the maintenance or the improvement of the cognitive functioning after surgery. The quality of life following parathyroidectomy increased significantly.

Conclusions: In the study group the pHPT patients showed that this disease may lead to the occurrence of disturbances of cognitive functions. It was shown that following surgery in pHPT patients cognitive functions improved (memory, attention, executive functions, visual-motor coordination). Surgical treatment has been proved to be an effective treatment method in pHPT, leading to the clinical signs resolution, laboratory tests values normalisation, cognitive functions improvement and significant quality of life enhancement.

Key words: primary hyperparathyroidism, cognitive impairment.

P-00062

BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA – BADANIE ZAWSZE BEZWZGLĘDNIEM KONIECZNE W DIAGNOSTYCE SCHORZEŃ TARCZYCY?

FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY – THE PROCEDURE ALWAYS NECESSARY IN DIAGNOSTICS OF THYROID DISEASES?

Krzysztof Kaliszewski, Michał Aporowicz,
Paweł Domośławski

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

STRESZCZENIE

Wstęp: Mimo dużego postępu, jaki dokonał się w ostatnich latach, rak tarczycy nadal pozostaje dużym wyzwaniem zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu tego nowotworu. Aktualnie uważa się, iż biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) jest koniecznym i często głównym badaniem decydującym o rozpoznaniu, a więc i zakresie operacji. Wynik BAC nie zawsze jest zgodny z ostatecznym rozpoznaniem.

Celem pracy jest analiza klinicznych cech wola mogących mieć wpływ na sposób jego leczenia oraz ocena, w jakim stopniu wynik BAC wpływa na zakres operacji i czy jest to korzystne w ostatecznym wyniku leczenia.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano 2493 historie chorób pacjentów ze schorzeniami tarczycy leczonych w jednym ośrodku w okresie od 1.01.2008 do 15.05.2013. W badanej grupie znalazły się 174 nowotwory złośliwe tarczycy, w tym 143 raki brodawkowate, 10 raków pęcherzykowych, 5 raków rdzeniastych, 7 raków niezróżnicowanych, 3 mięsaki, 5 chłoniaków i 4 guzy wtórne. Wszyscy pacjenci z nowotworami złośliwymi tarczycy mieli przed zabiegiem operacyjnym przynajmniej raz wykonaną biopsję aspiracyjną cienkoigłową.

Wyniki: U 40 pacjentów z nowotworem złośliwym tarczycy wynik biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej różnił się od ostatecznego wyniku histopatologicznego. W 32 przypadkach ujemny wynik BAC przyczynił się do zmiany zakresu operacji na mniej radykalny, co skutkowało koniecznością reoperacji niektórych chorych. U części z tych pacjentów występowały cechy kliniczne dające podstawy do wykonania zabiegu radykalnego, jednak ujemny wynik biopsji przeważał na korzyść mniej radykalnego.

Wnioski: Po przeanalizowaniu materiału nasuwa się pytanie, czy w wybranych przypadkach, gdzie są podstawy do podjęcia decyzji o wy-

konaniu totalnej strumektomii niezależnie od wyniku BAC, nie zrezygnować z tego badania, co skutkowało by wyeliminowaniem sytuacji, w których ujemny wynik BAC daje argument za wykonaniem operacji mniej radykalnej.

Słowa kluczowe: biopsja aspiracyjna cienkoigłowa, tarczycza, rak tarczycy, rak brodawkowy.

ABSTRACT

Introduction: Despite of huge progress that happened in the last years, thyroid cancer is still big challenge both in diagnostics and treatment. Nowadays, fine needle aspiration biopsy (FNAB) is thought to be necessary and main investigation, that decides about final, preoperative diagnosis and so about surgical procedure extension. The diagnosis estimated from FNAB not always is the same like this from final histopathologic examination.

The aim of this study is analysis of clinical features of goiter, that can influence his own treatment and analysis if and how FNAB influences the extension of surgical procedure and if this is profitable in final result of treatment.

Material and methods: Authors retrospectively analysed 2493 medical charts of the patients' with thyroid illnesses that have been treated in one surgical center from 01.01.2008 to 15.05.2013. In analysed group of the patients is 174 malignant thyroid tumours, e.s. 143 papillary thyroid carcinomas, 10 follicular carcinomas, 5 medullary carcinomas, 7 undifferentiated carcinomas, 3 sarcomas, 5 lymphomas and 4 secondary tumors. All patients with thyroid malignancy had at least one FNAB performed before surgery.

Results: In 40 patients with malignant thyroid tumor the diagnosis from FNAB was different as diagnosis of histopathological examination. In 32 cases, the negative result of FNAB made some contribution to change of extension of surgical operation to less radical, what caused necessity of reoperation some of that patients. In some of these patients we noticed preoperative clinical features that allowed to perform more radical procedure like total strumectomy but negative result of FNAB overweighed to less radical procedure.

Conclusions: From analysed material the question is, if in some chosen cases, where clinical features gives some arguments to perform total strumectomy despite unknown FNAB to avoid this procedure, what would eliminate the situations, in which the negative result of FNAB gives the arguments for performing less radical surgical procedure.

Key words: fine needle aspiration biopsy, thyroid, thyroid cancer, papillary carcinoma.

chorych. Patologicznie zmienione przytarczycy będące przyczyną nadczynności najczęściej usuwano z dostępu szyjnego, a ich położenie było w większości anatomiczne u 52,8% chorych. Przetrwalał hipokalcemię w okresie obserwacji stwierdzono u 12,7% chorych. Po powtórnych zabiegach powikłania związane z zaburzeniem funkcji fałdów głosowych zaobserwowano u 14,3% chorych.

Wnioski:

1. Najczęstszą przyczyną powtórnych operacji była patologicznie zmieniona przytarczycza położona w miejscu anatomicznym.
2. U chorych reoperowanych powinien zostać poddany dokładnej analizie sposób dotychczasowego leczenia operacyjnego, wynik histopatologiczny pierwotnej operacji. Powinny być wykonywane w ośrodkach referencyjnych, które dysponują doświadczeniem w wykonywaniu badań lokalizacyjnych i możliwością zastosowania bogatego śródoperacyjnego instrumentarium.
3. Powtórne operacje u chorych z PNP są bezpieczne i obciążone niewielką liczbą powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: reoperacje, czynniki ryzyka, pierwotna nadczynność przytarczyc.

ABSTRACT

Introduction: Persistent and recurrent primary hyperparathyroidism (HPT) remain diagnostic and surgical challenges. The rate of reoperative surgery depends on the primary parathyroid pathology, the surgeon's experience and the surgical approach. Decision to perform a second surgery for primary HPT must be preceded by a thorough evaluation of the causes of unsuccessful initial surgery and precise localization of the abnormal parathyroid tissue.

Purpose: 1. Analysis of the causes of persistent and recurrent primary HPT. 2. Development of the algorithm for pre- and intraoperative management of persistent and recurrent primary HPT. 3. Assessment of the incidence of postoperative complications in the material of the Department.

Material and methods: The medical records of 520 patients who had undergone surgery in the Department in the years 2000-2012 were included in the primary retrospective analysis. Of those, a group of 70 patients was identified, who had undergone reoperative surgery for persistent and recurrent primary HPT.

Results: Persistent primary HPT was diagnosed in 70% patients while the others suffered from recurrent HPT. The mean interval from the initial surgery was 36 months. The success rate of second parathyroidectomy for persistent and recurrent primary HPT in the material of the Department was 96%. The abnormal parathyroid glands which were the cause of hyperparathyroidism were usually removed via cervical incision and they were in normal anatomical position in 52.8% patients. During the follow-up 12.7% patients were persistently hypocalcaemic. After reoperation vocal cord dysfunction was observed in 14.3% patients.

Conclusions:

1. Pathologically changed parathyroid glands located in the normal anatomical position were the most frequent cause of reoperation.
2. When reoperative surgery for persistent and recurrent primary HPT is considered, the algorithm for management, the requirement of performing the reoperative procedure by experienced parathyroid surgeons in tertiary care centres.
3. Reoperative surgery is a safe procedure and carries a very small risk of postoperative complications.

Key words: reoperation, risk factors, primary hyperparathyroidism.

P-00192

OCENA CZYNNIKÓW RYZYKA U CHORYCH REOPEROWANYCH Z POWODU PIERWOTNEJ NADCZYNNOCI PRYTARCZYC

Tomasz Ciącka, Witold Chudziński, Ireneusz Nawrot

Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Reoperacje z powodu przetrwałej i nawrotowej pierwotnej nadczynności przytarczyc (pPNP i nPNP) są dużym problemem diagnostyczno-terapeutycznym. Ilość ponownych operacji jest uzależniona od pierwotnej patologii przytarczyc, doświadczenia chirurga i taktyki operacyjnej. Decyzja o reoperacji u chorego z powodu PNP musi być poprzedzona szczegółową analizą przyczyn niepowodzenia pierwotnej operacji i możliwie najdokładniej określona lokalizacją nieprawidłowej tkanki przytarczycowej.

Cel: 1. Określenie przyczyn powstania przetrwałej i nawrotowej PNP. 2. Opracowanie sposobu postępowania przed- i śródoperacyjnego w przetrwałej i nawrotowej PNP. 3. Ocena częstości powikłań pooperacyjnych u chorych reoperowanych.

Materiał i metody: Przeanalizowano 520 chorych operowanych w Klinice w latach 2000–2012. Spośród nich wyodrębniono grupę 70 reoperowanych chorych z powodu przetrwałej i nawrotowej pierwotnej nadczynności przytarczyc.

Wyniki: Przetrwalał, pierwotną nadczynność przytarczyc rozpoznano u 70% chorych. Średni czas od momentu pierwszej operacji do reoperacji wynosił 36 miesięcy. Skuteczność powtórnych operacji uzyskano u 96%

P-00194

**ADRENALEKTOMIA LAPAROSKOPOWA
W DOŚWIADCZENIU JEDNOOŚRODKOWYM****LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY IN A SINGLE-
CENTER EXPERIENCE****Sadegh Toutounchi, Ewa Krajewska,
Ryszard Pogorzelski, Patryk Fiszer, Maciej Skórski**Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej, Samodzielny
Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie**STRESZCZENIE**

Wstęp: Pierwsze doniesienia o adrenalectomii laparoskopowej pochodzą z 1992 r. (Snow, Gagner). Liczne zalety i zmniejszająca się liczba przeciwwskazań do metody laparoskopowej sprawiły, że jest uznany sposobem leczenia guzów pnia nadnerczowego.

Cel: Prezentacja siedmioletnich doświadczeń jednego ośrodka w adrenalectomii laparoskopowej.

Materiał i metody: W tutejszej klinice w latach 2006–2012 wykonano 30 otwartych i 272 adrenalectomie laparoskopowe z dostępu bocznego przezotrzewnowego. Do operacji klasycznych kwalifikowano pacjentów z zaawansowanymi guzami nowotworowymi. Wielkość guza nie była przeciwwskazaniem do adrenalectomii laparoskopowej. Zoperowano laparoskopowo 34 (12,5%) osoby z guzami o średnicy > 8 cm (torbiele, *angiomyolipoma*, *pheochromocytoma*). Również przebyte wcześniej operacje w obrębie jamy brzusznej nie wykluczały metody laparoskopowej – 124 osoby (45,58%). Ilość operacji, podczas których wykonano konwersję, spadła z 18% w pierwszym roku do 3,7%. Czas operacji skrócił się średnio z 216,2 do 112,9 min. Adrenalectomie laparoskopowe wykonano u pacjentów z guzami > 4 cm – 97 osób (35,66%). His-pat gruczolak, torbiel, *angiomyolipoma*, TBC, chłoniak lub czynnymi hormonalnie: *pheochromocytoma* 73 (26,83%), Cushing 49 (18,01%), Conn 53 (19,48%). Wypracowano wspólnie ze specjalistami innych dziedzin schematy postępowania u pacjentów z guzami czynnymi hormonalnie. W naszym materiale doszło w 18 (6,61%) przypadkach do istotnych powikłań.

Wyniki: Adrenalectomia laparoskopowa jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia. Zgodnie z krzywą uczenia czas operacji skraca się i zmniejsza się liczba konwersji po wykonaniu 40–50 zabiegów.

Wnioski: Skuteczne zdiagnozowanie, przygotowanie i leczenie pacjenta z guzami hormonalnie czynnymi wymaga interdyscyplinarnego postępowania i współpracy wieloośrodkowej.

Słowa kluczowe: adrenalectomia laparoskopowa, incydentaloma, powikłania laparoskopii.

ABSTRACT

Introduction: The first publication on laparoscopic adrenalectomy dates back to 1992 (Snow, Gagner). Numerous advantages and decreasing number of contraindications for laparoscopy have made it a well-recognized method of treatment of adrenal pole tumors.

Purpose: The aim of the study was to present a seven-year single-center experience in laparoscopic adrenalectomy.

Material and methods: There were 30 open and 272 laparoscopic adrenalectomies performed via lateral transperitoneal access in the clinic in years 2006–2012. The only patients that were qualified for open procedures have locally advanced tumors. The diameter of the tumors was not the contraindication for laparoscopy. There were 34 (12.5%) patients operated on due to the tumors > 8 cm (cysts, angiomyolipomas, pheochromocytomas). Furthermore, previous history of abdominal surgeries did not exclude the possibility of laparoscopy, as 124 (45.58%) such patients were operated on successfully via that access. The number of procedures, during which a conversion was necessary, decreased from 18% in 2006 to 3.7% in 2012. The mean time of the surgery decreased from 216.2 to 112.9, respectively. Laparoscopic adrenalectomy was performed in 97 cases due to the tumor > 4 cm (in pathological examination: adenoma, cyst, angiomyolipoma, tbc, lymphoma), and in 175 cases due to hormonally active tumors (pheochromocytoma – 73 (26.83%), Cushing's syndrome – 49 (18.01%), Conn's syndrome – 53 (19.48%)). As for hormonally active tumors, the cooperation with medical professionals from the adequate fields was developed and the algorithms of the management of such patients were jointly worked out. In

our material, there were 18 (6.61%) cases, in whom significant complications occurred.

Results: Laparoscopic adrenalectomy is an effective and safe method of treatment. Along with a learning curve, the time of the procedure shortens and the number of conversions decreases after 40–50 procedures performed.

Conclusions: The effective diagnosis, preparation for the surgery and treatment of the patients with hormonally active tumors require interdisciplinary management and multicenter cooperation.

Key words: laparoscopic adrenalectomy, incidentaloma, complications of laparoscopy.

P

P-00195

**MOŻLIWOŚCI LAPAROSKOPOWEJ ADRENALEKTOMII
W TRUDNYCH I NIETYPOWYCH CHOROBYCH
NADNERCZY****Sadegh Toutounchi, Ryszard Pogorzelski, Patryk Fiszer,
Ewa Krajewska, Maciej Skórski**Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej,
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie**STRESZCZENIE**

Wstęp: W ciągu ostatnich lat ilość rozpoznanych i leczonych guzów nadnerczy znacząco się zwiększyła. Jest to spowodowane coraz lepszą diagnostyką, a także jej zwiększoną dostępnością ambulatoryjną.

Cel: Ocena przydatności adrenalectomii laparoskopowej w nietypowych przypadkach.

Materiał i metody: U 272 pacjentów, u których wykonano laparoskopową adrenalectomię (LA), większość stanowiły guzy nadnerczy (czynne lub nieczynne hormonalnie). W grupie tej znaleźli się również chorzy wymagający postępowania operacyjnego z powodu rzadko występujących patologii.

Wyniki: 1. 21-letnia kobieta w 24. tygodniu ciąży z zespołem Cushinga i nadciśnieniem tętniczym, u której wykonano lewostronną LA z następczą terapią hydrokortyzonem. W 37. tygodniu ciąży pacjentka urodziła zdrowe dziecko (10 pkt w skali Apgar) siłami natury. 2. 50-letni mężczyzna z zespołem Conna, z całkowitym odwróceniem trzemu, z guzem nadnercza po stronie prawej, u którego wykonano LA, uzyskując ustąpienie objawów nadprodukcji aldosteronu. 3. Operowano 6 chorych z dużymi torbielami nadnerczy. Po wykluczeniu złośliwego i pasożytniczego charakteru patologii wszystkich chorych operowano z intencją wycięcia torbieli z oszczędzeniem samego gruczolę. U pięciu chorych resekowano samą torbiel z oszczędzeniem nadnercza. 4. Chory z zespołem Conna, u którego wykonano resekcję samego guza z częściowym oszczędzeniem nadnercza.

Wnioski: Na podstawie naszego materiału uważamy, że AL jest metodą bezpieczną i skuteczną również w przypadku leczenia pacjentów wymagających nieco niestandardowego podejścia.

Słowa kluczowe: adrenalectomia laparoskopowa.

ABSTRACT

Introduction: In the last years a number of diagnosed and treated adrenal tumors has significantly increased. This is the result of improved diagnostic techniques and their better access in outpatients clinics.

Purpose: Evaluate the usefulness of laparoscopic adrenalectomy in unusual cases.

Material and methods: In 272 patients who underwent laparoscopic adrenalectomy (AL) the majority was because of adrenal tumors (hormonally active or inactive). In this group, there were also patients requiring surgical treatment because of rare pathology.

Results: 1. 21-year-old woman, 24 weeks pregnant, with hypertension and Cushing's syndrome, underwent left laparoscopic adrenalectomy followed by hydrocortisone replacement. Spontaneous delivery occurred at the 37/38th week of gestation (10 pts Apgar scale). 2. A 50-year old male with Conn's syndrome (right side adrenal tumor) and situs inversus with levocardia underwent laparoscopic adrenalectomy which provided relief of symptoms of overproduction of aldosterone. 3. We operated on 6 patients with large adrenal gland cysts in our centre. On ruling out malignancy or parasitic nature of the lesions, all patients were surgically treated in order to excise the cysts while leaving the gland untouched.

In five patients the cysts were resected but the adrenal gland was spared. 4. A patient with Conn's syndrome, in whom resection of the tumor with partial sparing of the adrenal glands was performed.

Conclusions: On the basis of our material, we believe that AL is a safe and effective method in the treatment of patients in need of some custom approach.

Key words: laparoscopic adrenalectomy.

the phenotype CD45dim,34+,133+,309+, suppose be the timber for tumor neovascularization.

Purpose: The study identified and assessed the activity of Endothelial Progenitor Cells in the peripheral blood circulation of patients with hepatocellular carcinoma.

Material and methods: There were 133 HCC patients; 46 qualified for liver resection, 45 for liver transplantation, 42 for palliation. Control groups consisted of 43 healthy and 42 cirrhotic individuals. Circulating EPCs were measured by phenotypic analysis of 2 ml. fresh blood samples in flow cytometer according to the approval of ISHAGE. Endothelial Progenitor Cells (EPCs) were enumerated with surface marker antigens, and defined as CD45dim,34+,133+,309+. results indicating the rate of Endothelial Progenitor Cells in fraction of Hematopoietic Stem Cells (%EPCs/HSCs), and Hematopoietic Stem Cells in Leukocytes (%HSCs/WBC), were evaluated statistically.

Results: Significant differences were found in the rate of EPCs fraction and in HSCs subpopulation between cancer patients and healthy individuals (Test U Mann-Whitney: $Chisq = -5.92$, $p < 0.0001$, and $Chisq = 3.85$, $p < 0.0001$, respectively), and between the individuals with cirrhosis and healthy liver ($Chisq = -6.09$, $p < 0.0001$, and $Chisq = 2.47$, $p < 0.01$, respectively). The differences between patients with HCC and with liver cirrhosis were statistically not significant (N.S.).

Conclusions: Increasing activity of hematopoietic and endothelial progenitor cells in peripheral blood circulation indicates the importance for HCC development. The study confirms positive correlation between EPCs activity and the stage of cancer disease. Inessential difference between non-cancer and cirrhosis patients confirm the opinion indicating liver cirrhosis as the precancerous state.

Key words: hepatocellular carcinoma, endothelial progenitor cells, angiogenesis.

P-00006

SEROLOGICZNA I MORFOMETRYCZNA OCENA EKSPRESJI VEGF I RECEPTORA VEGFR-2 W RAKU WĄTROBOWOKOMÓRKOWYM

SEROLOGIC AND MORPHOMETRIC EVALUATION OF VEGF AND VEGFR-2 RECEPTOR EXPRESSION IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Włodzimierz Otto¹, Ewa Wilczek², Urszula Wilkowska³, Barbara Górnicka², Marek Krawczyk¹

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

²Zakład Patomorfologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

³Katedra i Klinika Onkologii, Hematologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Zdolność HCC do angiogenezy jest jedną z cech tego nowotworu. Budulcem dla nowotworzonych naczyń są komórki macierzyste mobilizowane przez cytokinę VEGF (*vascular endothelial growth factor*) ze szpiku kostnego lub śródbłonna naczyniowego. Wydaje się, że stopień agresji guza zależy od poziomu ekspresji VEGF i receptora VEGFR-2 (*vascular endothelial growth factor receptor-2*) w jego utkaniu, czego wyrazem jest wzrost poziomu koncentracji VEGF w surowicy krwi. Może mieć to znaczenie prognostyczne przy ocenie chorych na HCC.

Celem było ustalenie korelacji pomiędzy właściwościami guza wyrażonymi poprzez ekspresję VEGF i VEGFR-2 a poziomem koncentracji VEGF w surowicy krwi chorych na HCC.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono u 91 chorych na HCC; 46 leczonych resekcją i 45 transplantacją wątroby. Przedtem nie byli oni leczeni. Grupę kontrolną stanowiło operowanych z innych przyczyn 43 zdrowych i 42 chorych na marskość wątroby. Od badanych zebrano próbki surowicy krwi, wycinki tkanki wątroby i raka. Koncentrację VEGF w surowicy krwi oznaczono za pomocą enzymatycznego eseju immunologicznego (ELISA). Ekspresję VEGF i VEGFR-2 w tkankach wątroby i raka zbadano za pomocą metod barwienia immunohistochemicznego właściwymi przeciwciałami monoklonalnymi. Analizę statystyczną wyników przeprowadzono metodą Testu U Manna-Whitneya.

P

Rak wątrobowokomórkowy

P-00005

AKTYWNOŚĆ ENDOTELIALNYCH KOMÓREK PROGENITOROWYCH W KRAŻENIU OBWODOWYM CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO

ENDOTHELIAL PROGENITOR CELLS ACTIVITY IN PERIPHERAL BLOOD CIRCULATION OF PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Włodzimierz Otto¹, Maria Król², Maciej Maciaszczyk³, Janusz Sierdziński⁴, Marek Krawczyk¹

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

²Katedra i Klinika Onkologii, Hematologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

³Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Rabka

⁴Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Zdolność do angiogenezy uważana jest za jeden z mechanizmów warunkujących agresywny charakter HCC. Budulcem dla nowotworzonych naczyń wydają się endotelialne komórki progenitorowe (EPCs) o fenotypie CD45dim,34+,133+,309+, stanowiące frakcję hematopetycznych komórek macierzystych (HSC).

Cel: Badania poświęcono identyfikacji i ocenie aktywności endotelialnych komórek progenitorowych we krwi obwodowej chorych na HCC.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono u 133 chorych na HCC, dotychczas nieleczonych, z których 46 zakwalifikowano do resekcji wątroby, 45 do przeszczepienia wątroby, 42 do leczenia paliatywnego. Grupę kontrolną stanowiło 43 zdrowych i 42 chorych na marskość wątroby, bez raka. Od badanych pobierano próbki świeżej krwi w objętości 2 ml i niezwłocznie poddawano je analizie fenotypowej elementów morfotycznych w cytometrze przepływowym zgodnie z regułami ISHAGE. Frakcję endotelialnych komórek progenitorowych (EPCs), odpowiadających fenotypowi CD45dim,34+,133+,309+ identyfikowano za pomocą wymienionych markerów powierzchniowych. Wyniki, przedstawione jako odsetek endotelialnych komórek progenitorowych we frakcji hematopetycznych komórek macierzystych (%EPCs/HSCs) i odsetek hematopetycznych komórek macierzystych w puli leukocytów (%HSCs/WBC), opracowano statystycznie.

Wyniki: Badanie wykazało znamienne różnice we frakcji EPCs i subpopulacji HSCs pomiędzy chorymi na raka i osobnikami zdrowymi (Test U Manna-Whitneya: $Chisq = -5.92$, $p < 0.0001$ i $Chisq = 3.85$, $p < 0.0001$, odpowiednio) oraz pomiędzy chorymi z rakiem i z marskością wątroby ($Chisq = -6.09$, $p < 0.0001$ i 2.47 , $p < 0.01$, odpowiednio). Pomiędzy chorymi na HCC i chorymi na marskość wątroby różnice te nie były znamienne (N.S.).

Wnioski: Wzrost aktywności komórek macierzystych i ich frakcji, endotelialnych komórek progenitorowych, wskazuje na rolę, jaką odgrywają w rozwoju raka wątrobowokomórkowego. Badania potwierdzają tezę o wzajemnej i pozytywnej korelacji pomiędzy aktywnością komórek progenitorowych i stanem zaawansowania choroby nowotworowej. Nieistotne różnice pomiędzy chorymi na raka i marskość wątroby potwierdzają tezę o przedrakowym charakterze marskości.

Słowa kluczowe: rak wątrobowokomórkowy, endotelialne komórki progenitorowe, angiogeneza.

ABSTRACT

Introduction: Angiogenesis is indicated as one of possible mechanisms that conditions the HCC tumor propriety. Endothelial Progenitor Cells (EPCs), the fraction of Hematopoietic Stem Cells (HSCs), defined by

Wyniki: Ekspresja VEGF i VEGFR-2 w guzie u chorych na HCC była znacząco wyższa niż w zdrowej i marskiej wątrobie ($p < 0,0001$, znamienność statystyczna wg Testu U Chisq = 9,63, 9,84, 7,65 dla VEGF i 9,76, 9,84, 7,79 dla VEGFR-2, odpowiednio). Ekspresja tkankowa VEGF i VEGFR-2 korespondowała z poziomem VEGF w surowicy krwi chorych na HCC i chorych na marskość; poziom cytokiny był znacząco wyższy u chorych na HCC niż u chorych na marskość ($p < 0,0001$, znamienność statystyczna wg Testu U Chisq = 5,92). Nie znaleziono tej współzależności pomiędzy tkankową ekspresją VEGF i VEGFR-2 a koncentracją VEGF w surowicy krwi zdrowych (N.S.).

Wnioski: Poziom cytokiny VEGF w surowicy krwi chorych na HCC i marskość wskazuje na zdolność do nowotworzenia naczyń. Badanie w tym kierunku może mieć znaczenie prognostyczne.

Słowa kluczowe: rak wątrobowokomórkowy, Vascular Endothelial Growth Factor, angiogeneza.

ABSTRACT

Introduction: Hepatocellular carcinoma is endowed with angiogenic capability. Stem cells that are used for tumor neovascularization are mobilized by tumor VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) cytokine from bone marrow and vascular endothelium. It is assumed that tumor aggressiveness may be estimated by VEGF and VEGFR-2 (Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-2) expression and results in the elevation of serum VEGF level. Thus could be of prognostic value in clinical evaluation of patients with HCC.

Purpose: The study evaluated the correlation between angiogenic tumor VEGF and VEGFR-2 attributes and the level of VEGF in peripheral blood circulation of HCC patients.

Material and methods: The study was carried out on 91 patients evaluated for liver resection (46), and liver transplantation (45). None of them had been pretreated. The control groups consisted of liver scrap donors; 43 healthy individuals, and 42 cirrhotic patients undergoing surgery. Samples of serum, liver and tumor tissue were collected. Serum VEGF concentration was measured by enzyme-linked immunoassay (ELISA). Liver and tumor tissue samples were assessed for the expression of VEGF and VEGFR-2 by immunohistochemical staining with monoclonal antibodies. Statistical analysis have been done by Test U of Mann-Whitney.

Results: The expression of VEGF and VEGFR-2 in the tumor was significantly higher in compare to healthy and cirrhotic liver tissue ($p < 0.0001$, statistical significance Chisq = 9.63, 9.84, 7.65 for VEGF, and 9.76, 9.84, 7.79 for VEGFR-2, respectively). The expression of VEGF and VEGFR-2 markers corresponds to the level of VEGF serum concentration in HCC and cirrhotic patients; the level was significantly higher in HCC than in cirrhotic patients ($p < 0.0001$, statistical significance by Test U Chisq = 5.92). There was not significant correspondence found between the expression of VEGF and VEGFR-2 in the healthy liver tissue and the level of VEGF serum concentration (N.S.).

Conclusions: Serum level of VEGF concentration is the factor indicating tissue capability for angiogenesis. Detail pathologic analysis of tissue samples under this viewpoint may be of predictive value.

Key words: hepatocellular carcinoma, Vascular Endothelial Growth Factor, angiogenesis.

Cel: W przedstawionej pracy w oparciu o własny materiał, omówiono wyniki skuteczności stosowanego leczenia drenażowego dróg żółciowych z uwzględnieniem charakteru zwężenia, przyczyny jego pochodzenia, lokalizacji oraz rozległości.

Materiał i metody: W przypadku zwężeń jatrogennych jednocześnie stosowanie kilku protez żółciowych przynosi korzystne wyniki.

Wyniki: Nie ma ustalonego postępowania w zwężeniach w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki. Użycie protez samorozprężalnych niepowlekanych w początkowym okresie było obiecujące, jednakże przerastanie światła oraz trudności z ich usunięciem ograniczyły ich użycie. Pojawienie się protez samorozprężalnych powlekanych stało się bardziej obiecujące, brak jest jednak wyników odległych.

Wnioski:

1. Leczenie endoskopowe jatrogennych zwężeń dróg żółciowych jest metodą skuteczną i w wybranych przypadkach stanowi alternatywę leczenia chirurgicznego.
2. W zwężeniach w przebiegu PZT niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego leczeniem z wyboru jest protezowanie dróg żółciowych protezami samorozprężalnymi powlekany.
3. Stosowanie protez plastikowych u chorych z PZT jest dopuszczalne w przypadku znacznej bilirubinemii i długiego czasu oczekiwania na zabieg.

Słowa kluczowe: łagodne, zwężenia, drogi żółciowe.

ABSTRACT

Introduction: Benign biliary strictures are usually postoperative origin, caused by damage to the surrounding cholecystectomy bile duct as well as fibrosis made as a result of biliary anastomotic biliary or intestinal disorders. More rarely in the chronic pancreatitis, pressure from the outside, parasites, or inflammation.

Purpose: Methods of treatment of patients with mild obstructive biliary zleżą the nature, effects and clinical severity.

Material and methods: In this work, based on his own material, discusses the results of the effectiveness of the treatment drainage biliary strictures of the nature, causes of its origin, location and extent. In the case of iatrogenic lesions to co-use of several prosthetic biliary brings positive results. There is no set procedure for stenosis in chronic pancreatitis.

Results: The use of uncoated self-expanding prosthesis in the initial period was promising, but due to thickening of the light and the difficulty of their removal has limited their use. The emergence of self-expanding prostheses coated became more promising, however, there is no long term results.

Conclusions:

1. Endoscopic treatment of iatrogenic bile duct strictures is an effective method and in some cases an alternative surgical treatment.
2. The narrowing in the course of chronic pancreatitis are not eligible for surgery, the treatment of choice is biliary stenting samorozprężalnymi coated prostheses.
3. The use of plastic prosthesis in patients with chronic pancreatitis is allowed for significant bilirubinemia and long waiting times for surgery.

Key words: benign biliary strictures.

Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych

P-00042

WYNIKI ENDOSKOPOWEGO LECZENIA ŁAGODNYCH ZWĘŻEŃ DRÓG ŻÓLCIOWYCH W OPARCIU O MATERIAŁ WŁASNY

Dariusz Janczak, Werner Janus, Jacek Dębski

Klinika Chirurgiczna, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Łagodne zwężenia dróg żółciowych najczęściej są pochodzenia pooperacyjnego, powstałe w wyniku uszkodzeń dróg żółciowych towarzyszących cholecystektomii jak również w wyniku zwłóknienia dokonywanych zespołów na drogach żółciowych bądź żółciowo-jelitowych. Rzadziej występują w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki, ucisku z zewnątrz, pasożytów lub stanów zapalnych. Sposoby leczenia chorych z łagodnymi zwężeniami dróg żółciowych zleżą od charakteru, skutków klinicznych oraz stopnia nasilenia.

P-00106

ZASTOSOWANIE WSTAWKI Z JELITA CZCZEGO POMIĘDZY PRZEWODEM WĄTROBOWYM WSPÓLNYM I DWUNASTNICĄ W CHIRURGICZNYM LECZENIU JATROGENNYCH USZKODZEŃ DRÓG ŻÓLCIOWYCH

Beata Jabłońska, Marek Olakowski, Andrzej Lekstan, Zygmunta Górka, Paweł Lampe

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Leczenie jatrogennych uszkodzeń dróg żółciowych (JUDŻ) stanowi istotny problem w chirurgii. W leczeniu JUDŻ początkowo stosowane są techniki zachowawcze polegające na rozszerzaniu i protezowaniu endoskopowym. W przypadku ich nieskuteczności stosowane jest leczenie operacyjne obejmujące różne metody rekonstrukcji dróg żółciowych.

wych. Głównym celem leczenia chirurgicznego jest odtworzenie prawidłowego spływu żółci do światła przewodu pokarmowego.

Celem pracy była analiza retrospektywna wczesnych i odległych wyników leczenia chorych z JUDŻ przy użyciu wstawki z jelita czczego pomiędzy przewodem wątrobowym wspólnym i dwunastnicą.

Materiał i metody: W okresie od 1990 r. do 2001 r. leczono operacyjnie 138 chorych z JUDŻ. U 27 chorych (21 kobiet i 6 mężczyzn) wykonano wstawkę z jelita czczego pomiędzy przewodem wątrobowym wspólnym i dwunastnicą.

Wyniki: Średni czas hospitalizacji wynosił $26,36 \pm 11,67$ (10–63) dni. Średni czas zabiegu operacyjnego wynosił $4,11 \pm 1,20$ (2–7,5) godziny. Wczesne powikłania pooperacyjne zaobserwowano u 2 (7,41%) chorych. Wykonano 2 (7,41%) reoperacje. Odnotowano jeden (3,70%) zgon w okresie pooperacyjnym. Informacje o wynikach odległych uzyskano od 14 (51,85%) chorych. Odległe wyniki w skali Terblanche'a były następujące: I stopień (bardzo dobry wynik) – 10 chorych, II stopień (dobry wynik) – 1 chory, III stopień (średni wynik) – 1 chory, IV stopień (zły wynik, nawrotowe zwężenie zespolenia) – 2 chorych. Jakość życia w skali Karnofsky'ego była bardzo dobra (najwyższa liczba 100 punktów) u większości [8 (61,54%)] chorych.

Wnioski: Wstawka z jelita czczego pomiędzy przewodem wątrobowym wspólnym i dwunastnicą może być stosowana jako metoda rekonstrukcji żółciowych u chorych z JUDŻ. Jest bezpieczną rekonstrukcją zapewniającą fizjologiczny spływ żółci do przewodu pokarmowego.

Słowa kluczowe: wstawka z jelita czczego pomiędzy przewodem wątrobowym wspólnym i dwunastnicą, jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych.

ABSTRACT

Introduction: Treatment of iatrogenic bile duct injuries (IBDI) is a major problem in surgery. In the IBDI treatment, initially conservative techniques are used, involving the endoscopic dilatation and insertion of prosthesis. In case of failure, surgical treatment is used, including different methods of biliary reconstruction. The main goal of surgery is to reconstruct proper bile flow into the alimentary tract.

Purpose: The aim of the study was a retrospective analysis of early and long-term results of treatment of patients with IBDI using hepaticojejunostomy with jejunal interposition.

Material and methods: In the period from 1990 to 2001, 138 patients with IBDI were operated on. In 27 patients (21 women and 6 men), hepaticojejunostomy with jejunal interposition was used.

Results: Mean duration of hospitalization was 34.04 ± 15.14 (14-72) days. Mean duration of surgery was 5.20 ± 1.88 (3-8) hours. Early post-operative complications occurred in 2 (7.41%) patients. Two (7.41%) reoperations were performed. There was one (3.70%) death in the postoperative period. Information about the long-term results was obtained from 14 (51.85%) patients. Long-term results according to Terblanche scale were as follows: clinical grading I (very good result) – 10 patients, clinical grading II (good result) – 1 patient, clinical grading III (fair result) – 1 patient, clinical grading IV (poor result, recurrent anastomotic stricture) – 2 patients. Quality of life according to the Karnofsky scale was very good (the highest number of 100 points) in most [8 (61.54%)] patients.

Conclusions: Hepaticoduodenostomy with jejunal interposition can be used as a method of reconstruction in patients with IBDI. It is safe reconstruction providing physiological bile flow into the alimentary tract.

Key words: hepaticoduodenostomy with jejunal interposition, iatrogenic bile duct injuries.

P-00160

POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE W USZKODZENIACH DRÓG ŻÓŁCIOWYCH W MATERIALE WŁASNYM

Hady Razak Hady, Jacek Dadan, Lech Trochimowicz, Jerzy Robert Ładny, Magdalena Łuba

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Powikłania w zakresie zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych stanowią od wielu lat trudny problem chirurgiczny. Występują przede

wszystkim po cholecystektomii laparoskopowej bądź klasycznej, ale również po resekcji żołądka, operacji wątroby i trzustki oraz w czasie zabiegów endoskopowych.

Cel: Przedstawienie własnych doświadczeń w chirurgicznym leczeniu uszkodzeń dróg żółciowych.

Materiał i metody: W latach 1994–2011 leczono 95 chorych z jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych, w tym 74 kobiety i 21 mężczyzn, w wieku 24–72 lat.

Wyniki: Uszkodzenie dróg żółciowych nastąpiło w 88 przypadkach w czasie cholecystektomii (w 57 metodą laparoskopową i 31 metodą klasyczną), w dwóch przypadkach podczas ECPW, a w jednym w czasie resekcji żołądka i w kolejnym w trakcie prawostronnej hemikolektomii. 81 chorych pierwotnie było operowanych w oddziałach chirurgicznych regionu północno-wschodniego, w 9 przypadkach w naszej Klinice. Przyczyną kolizji z PŻW podczas cholecystektomii laparoskopowej w 29 przypadkach było zaklipsowanie – klipsowanie brzeźnie u 21 chorych, całkowite u 8, przecięcie i klipsowanie przewodu u 9, a u 19 chorych przedziurawienie przewodu żółciowego wspólnego i przewodu wątrobowego wspólnego. W czasie klasycznej cholecystektomii u 21 chorych nastąpiło przecięcie, a u 10 podklucie PŻW. Stosowano następujące zabiegi: zespolenie przewodowo-przewodowe, przewodowo-dwunastnicze, przewodowo-jelitowe na pętli Roux-Y, laparotomię lub laparoskopię z usunięciem klipsów, ECPW i protezowanie PŻW.

Wnioski: Uszkodzenie zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych nadal uważa się za jedno z najgroźniejszych powikłań w chirurgii ogólnej, powodujące często trwałe kalectwo i wymagające długotrwałego leczenia specjalistycznego. Leczenie operacyjne kalectwa dróg żółciowych nie jest łatwe, jakkolwiek prowadzone w ośrodkach o wysokim stopniu referencyjności daje dobre efekty. Chorych powinno się diagnozować i operować możliwie w jak najkrótszym czasie od wystąpienia pierwszych objawów wskazujących na uszkodzenie dróg żółciowych.

Słowa kluczowe: uszkodzenie dróg żółciowych, leczenie chirurgiczne.

ABSTRACT

Introduction: Complications after classic or laparoscopic cholecystectomy regarding common hepatic ducts have been a difficult surgical issue for many years. They also occur after gastrectomy, liver and pancreas operations and during endoscopic procedures.

Purpose: Presentation of our own experiences in surgical treatment of bile ducts damage.

Material and methods: Between 1994 and 2011, 95 patients with iatrogenic damage of bile ducts were treated including 74 women and 21 men, age 24-72.

Results: The damage of bile ducts occurred in 88 cases during cholecystectomy (57 laparoscopic and 31 classic), in 2 cases during ECPW, in 1 case during gastrectomy and in 1 case during right hemicolectomy. 81 patients were originally operated in surgical departments of north-eastern Poland and 9 in our Department. The cause of the collision with common bile duct during laparoscopic cholecystectomy in 29 cases was clipping – in 21 cases it was marginal clipping, total clipping in 8 cases, in 9 patients intersection and clipping of the duct and in 19 cases it was perforation of common bile duct and common hepatic duct. During classic cholecystectomy in 21 patients occurred intersection and in 10 puncture of common bile duct. The following procedures were applied: choledochocholedochostomy, choledochoduodenostomy, Roux-en-Y hepaticenterostomy, laparotomy or laparoscopy with clips excision, ECPW and common bile duct prosthesis implantation.

Conclusions: Damage of common hepatic ducts is still assumed as one of the most dangerous complications in general surgery which frequently cause permanent deformity and requires longterm specialist treatment. Surgical treatment of bile ducts deformities is not easy, however, research conducted in experienced reference centres gives promising results. Patients should be diagnosed and treated as soon as possible after first symptoms indicating damage of bile ducts.

Key words: bile ducts damage, surgical treatment.

P-00190

JATROGENNE USZKODZENIE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I DALSZE LECZENIE POWIKŁAŃ – OPIS PRZYPADKU

**Konrad Kobryń¹, Krzysztof Zieniewicz¹,
Tadeusz Wróblewski¹, Marcin Kotulski¹,
Waldemar Patkowski¹, Krzysztof Dudek¹, Remigiusz Gelo²,
Wojciech Figiel¹, Marek Krawczyk¹**

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

²II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, SPCSK, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Wraz ze wzrostem liczby wykonywanych cholecystektomii laparoskopowych w Polsce wzrasta również liczba powikłań. Wiele ośrodków nadal nie kieruje chorych z kalectwem dróg żółciowych do ośrodków referencyjnych w zakresie chirurgii wątroby i dróg żółciowych lub czynią to zbyt późno.

Cel: 72-letnia chora H.M. z żółtaczką, gorączką, bólami w nadbrzuszu, hiperbilirubinemią powyżej 6 mg%, po 5 laparotomiach i 1 ECPW, z przetoką żółciową i drenażem zewnętrznym przezwątrobowym została przyjęta do Kliniki po 12-miesięcznej hospitalizacji w innym ośrodku w Polsce. W maju 2011 r. chora miała wykonaną cholecystektomię po konwersji z powodu zapalenia pęcherzyka żółciowego na tle kamicznym. W maju 2012 r. po 5 laparotomiach i całkowitym rozejściu się zespolenia na pętli Roux-en-Y pacjentkę przekazano do Kliniki z utrzymującą się przetoką dwunastniczą wydzielającą ok. 400 ml treści na dobę i bilirubiną = 6,45 mg.

Materiał i metody: Badania obrazowe jamy brzusznej, w tym USG, TK, cholangio-MR, były wykonywane na bieżąco odpowiednio do etapu leczenia. Po nieudanej próbie ECPW i braku możliwości leczenia endoskopowego z powodu braku połączenia PŻW z drogami żółciowymi zewnętrznymi, pacjentkę przygotowywano farmakologicznie i rehabilitacyjnie przez kolejnych 5 tygodni do leczenia operacyjnego. Po uzyskaniu poprawy stanu odżywienia i wzrostu masy ciała chorą operowano w najbardziej optymalnych warunkach, bez gorączki i z niskimi parametrami stanu zapalnego. Operację przeprowadzono w 2 zespołach (6 chirurgów) w czasie < 9 godzin. Wykonano rezespolenie przewodowo-jelitowe metodą Roux-en-Y, zaszyto perforację dwunastnicy i pozostawiono drenaż jamy brzusznej.

Wyniki: Okres pooperacyjny powikłany przetoką dwunastniczą wyleczoną antybiotykoterapią celowaną i żywieniem pozajelitowym po 6 tygodniach. W kontrolnej cholangiografii prawidłowa szczelność zespolenia w USG jamy brzusznej bez nieprawidłowych zbiorników płynu. Pacjentkę żywioną doustnie, w stanie ogólnym dobrym, po 118 dobach hospitalizacji wypisano z Kliniki.

Wnioski: Powikłania operacyjne, które się zdarzają, muszą być opatrywane odpowiednimi środkami we właściwym czasie i optymalnych warunkach. Każde inne postępowanie może być uznane za szkodliwe dla chorego i kosztowne.

Słowa kluczowe: kalectwo dróg żółciowych, zespolenie przewodowo-jelitowe.

ABSTRACT

Introduction: With the increase of laparoscopic cholecystectomies performed in Poland, the occurrence of complications also rises. Many surgery departments still do not refer patients with bile duct injuries, or do so with delay to hepatobiliary centers.

Purpose: A 72 yr. female H. M. with, jaundice, fever, pain in the upper abdomen, after 5 laparotomies and 1 ERCP, with a biliary fistula and extrahepatic drainage was admitted to the Center after 12 months of hospitalization at another facility in Poland. In May 2011 an open cholecystectomy was performed after a laparoscopic conversion due to cholecystitis. In May 2012 after 5 laparotomies and divergence of the Roux-en-Y loop anastomosis, the patient was transferred with a persistent duodenal fistula secreting about 400ml content daily and bilirubin level = 6.45 mg.

Material and methods: Abdominal imaging studies, including ultrasound, CT, cholangio-MR were performed on a regular basis according to the stage of treatment. After a failed attempt of ERCP and no further possibilities of endoscopic treatment due to the lack of connection between the CBD and the external hepatic ducts. During the next 5 weeks the patient was treated pharmacologically and rehabilitated prior to surgery.

After the improvement of nutritional status and body weight increase, the patient underwent surgery at the time of the most optimal conditions (no fever and low parameters of inflammation). The operation was carried out in two teams (6 surgeons) in < 9 hours. The anastomosis was repaired and the identified duodenal perforation was sutured, the abdominal cavity was drained.

Results: Early post-surgery complications were limited to a duodenal fistula treated successfully with a targeted antibiotic therapy and parenteral nutrition for 6 consecutive weeks. Control cholangiography gave no evidence of anastomosis leakage and abdominal ultrasound showed no abnormal fluid collections. The patient was nourished orally and discharged from hospital in good general condition after 118 days.

Conclusions: Complications that occur must be attended to with adequate resources in the appropriate time and optimal conditions according to guidelines. Any other conduct may be harmful for patients and cost-ineffective.

Key words: bile ducts damage, biliary reconstruction.

Chirurgia przełyku

P-00003

LAPAROSCOPIC WITH ENDOSCOPIC ASSISTANCE TRANSGASTRIC STAPLED ESOPHAGOFUNDOANASTOMOSIS AND FUNDOPPLICATION FOR SURGICAL TREATMENT OF ACHALASIA

**Siarhei Panko¹, Alaksandr Karpitski¹, Denis Vakulich¹,
Gennadij Zhurbenko¹, Stanislaw Gluszek²**

¹Department of Thoracic Surgery of Brest Regional Hospital, Brest, Belarus

²Institute of Public Health, The Jan Kochanowski University of Humanities and Sciences in Kielce, Poland

ABSTRACT

Introduction: Esophageal achalasia is a rather rare pathology and its morbidity doesn't exceed 3.0 cases for 100,000 people, but, among of patients with long-standing achalasia the risk for developing an esophageal cancer is increasing in about 140 times. Laparoscopic esophago-gastromyotomy for achalasia based on Heller method is the operation of choice, however, such complications as perforation, dysphagia, gastroesophageal reflux, recurrence of the disease are possible.

Purpose: The aim was to work out a new method of minimal-invasive treatment of achalasia, based on the combination of the operation of forming esophagogastric anastomosis and antireflux procedures.

Material and methods: Within 2008-2011 19 patients with the diagnosis of achalasia were treated. Among them there were 12 women and 7 men. The average age was 49.5 years. Stage I of the disease was diagnosed in 2 patients, stage II – in 11 and stage III in 6 patients. Seven patients with the 2nd stage of esophageal achalasia and 5 patients with the 3rd stage were operated on. In eight of them the surgical procedure consisted in apparatus esophagogastric anastomosis by analogy with Gröndahl's operation and Toupet fundoplication. The application of the cutting-suturing stapler allows forming esophagofundo-anastomosis with a longitude of 4.5 cm, which means a complete dissection of the lower esophageal sphincter.

Results: The duration of the first operations was 140 ±15 minutes and the last ones – 70 ±15 minutes. Intraoperative hemorrhage was 50-70 millilitres. The next day after the operation all the patients began a fluid diet. One patient with the 3rd stage of esophageal achalasia in the early postoperative period had dysphagia of the 2nd degree, which was treated conservatively.

Conclusions: The results of the treatment in 8 patients showed a stable positive clinical effect without any serious complications. The suggested technique of laparoscopic transgastric surgery of esophageal achalasia with endoscopic assistance of ours is minimalinvasive, pathogenetically based and clinically effective, which allows to recommend it for implementation in practice as a method of choice.

Key words: achalasia, laparoscopic, esophagogastric anastomosis.

P

P-00043

ENDOSKOPOWE LECZENIE ŁAGODNYCH ZWĘŻEŃ GARDŁOWO-PRZEŁYKOWYCH PO LARYNGEKTOMII I RADIOTERAPII

Dariusz Janczak, Jacek Dębski, Werner Janus, Adam Paszkowski

Klinika Chirurgiczna, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Zwężenie gardłowo-przełykowe (PES, *pharyngo-esophageal stenosis*) jest jednym z odległych powikłań u pacjentów po laryngiektomii z następczą radioterapią. Pacjenci zgłaszają się z powodu objawów dysfagii III i IV stopnia.

Cel: Ocena skuteczności i poprawy jakości życia po poszerzeniu zwężenia PES.

Materiał i metody: W naszej Klinice w latach 2011–2013 leczyliśmy 7 pacjentów: 6 mężczyzn i 1 kobieta. Wiek 43–80 lat. Wszyscy po laryngiektomii i następnej radioterapii. Objawy dysfagii IV st. 1 osoba, III/IV st. 3 osoby, III st. 2 osoby i II st. 1 osoba.

Wyniki: U pacjentów wykonywaliśmy w trakcie ezofagoduodenoskopii pod kontrolą fluoroskopu poszerzenia zwężenia przy pomocy balonów wysokociśnieniowych lub poszerzadeł sztywnych Savary. Zabieg był uzupełniany przez ostrzyknięcie poszerzonego miejsca roztworem Solu-Medrolu. U jednego pacjenta założono protezę samorozprężalną poliesterową powlekaną. Po zabiegu włączano dietę płynną, a następnie stałą.

Wnioski: Ezofagoduodenoskopia jest dobrą metodą diagnostyczną PES, która pozwala w miarę bezpieczny sposób poszerzyć zwężenie i umożliwić pacjentowi prawidłowe żywienie doustne. Ujemną stroną tego postępowania jest to, że poszerzenia nie są trwałe, a pacjenci wymagają okresowego powtarzania zabiegu.

Słowa kluczowe: łagodne zwężenia gardłowo-przełykowe, laryngiektomia.

ABSTRACT

Introduction: Pharyngeal esophageal stenosis (PES Pharyngo-esophageal stenosis) is one of long-term complications in patients after total laryngectomy followed by radiotherapy. The patients present with symptoms of dysphagia due III and IV degree.

Purpose: Evaluation of the effectiveness and improving the quality of life after enlargement stenosis PES.

Material and methods: In our clinic in 2011-2013 we treated seven patients. 6 men and 1 woman. Age 43-80 years. All laryngectomy and radiotherapy followed. Symptoms of dysphagia IV 1 st. person, III / IV st. 3 person, third degree two people and second degree by 1 person.

Results: Patients performed during ezofagoduodenoskopii under fluoroscopy to expand stenosis using high-pressure balloons or rigid poszerzadeł Savary. The procedure was completed by ostrzyknięcie expanded space solution Solu-Medrol. One patient was founded coated polyester self-expanding prosthesis. After surgery, a liquid diet enrolled and then fixed.

Conclusions: Ezofagoduodenoskopia is a good diagnostic method PES, which allows you to safely expand as narrowing and allow the patient to proper oral nutrition. The negative side of this deal is that the expansion is not permanent, patients will eventually require repeat surgery.

Key words: pharyngeal esophageal stenosis, PES.

P-00105

OCENA WYNIKÓW PALIATYWNEGO LECZENIA CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM RAKIEM PRZEŁYKU METODĄ IMPLANTACJI PROTEZY SAMOROZPRĘŻALNEJ

EVALUATION OF PALLIATIVE TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH ADVANCED ESOPHAGEAL CANCER USING SELF-EXPANDABLE STENTS

Wojciech Żurawiński¹, Jerzy Piecuch¹, Maciej Wiewióra¹, Krystyn Sosada¹, Andrzej Kozłowski Jr², Monika Paniczek², Alicja Piontek²

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

²Studenckie Koło Naukowe, Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Leczenie zaawansowanego raka przełyku może obejmować różne opcje terapeutyczne.

Cel: Celem pracy jest ocena wyników paliatywnego leczenia chorych z zaawansowanym rakiem przełyku metodą implantacji protezy samorozprężalnej.

Materiał i metody: W latach 2011–2013 w Klinice leczono 12 chorych z zaawansowanym rakiem przełyku metodą implantacji protezy samorozprężalnej. Wszyscy chorzy to mężczyźni w wieku od 51 do 85 lat. W badanej grupie u 11 chorych rozpoznano nieresekcyjnego raka przełyku w IV stopniu zaawansowania klinicznego, T4, N1, M0-1 oraz dysfagię II–III stopnia. U jednego chorego rozpoznano przetokę w zespoleniu przełykowo-żołądkowym po dystalnej resekcji przełyku. U jednego chorego nowotwór zlokalizowany był w bliższej części przełyku, u 5 chorych w środkowej części, u 4 w dystalnej części, u jednego chorego w zespoleniu przełykowo-żołądkowym. Zmiana nowotworowa zwężała przełyk na długości od 6,5 do 9,0 cm. W znieczuleniu dożylnym pod kontrolą radiologiczną i endoskopową założono w miejscu zwężenia nowotworowego lub przetoki protezę samorozprężalną częściowo pokrytą, w tym u 11 chorych protezę EVO 20-25 długości od 8 do 15 cm oraz u jednego chorego protezę SX-ELLA 25-20-135. Położenie protezy weryfikowano radiologicznie w pierwszej dobie po zabiegu. W okresie po zabiegu oceniano powikłania wczesne i późne, czas drożności protezy, nawrót dysfagii, komfort życia w okresie terminalnym choroby.

Wyniki: U trzech chorych w 1. dobie po zabiegu stwierdzono przedmieszczenie dystalne protezy, w tym u jednego chorego wymagające jej repozycji. U wszystkich chorych bezpośrednio po założeniu protezy stwierdzono ustąpienie dysfagii. U 11 chorych proteza pozostawała drożna, umożliwiając żywienie doustne do czasu zgonu przez okres od 2 do 6 miesięcy. U jednego chorego po okresie 6 tygodni stwierdzono niedrożność protezy z całkowitą dysfagią i koniecznością założenia gastrostomii.

Wnioski: Paliatywne leczenie chorych z zaawansowanym rakiem przełyku z wykorzystaniem protezy samorozprężalnej prowadzi do natychmiastowego i całkowitego lub częściowego ustąpienia objawów dysfagii. Podnosi komfort życia w terminalnym okresie choroby, umożliwiając chorym doustne przyjmowanie pokarmów do chwili zgonu.

Słowa kluczowe: rak przełyku, proteza samorozprężalna.

ABSTRACT

Introduction: Therapeutic management in a case of advanced esophageal cancer can include various therapeutic options.

Purpose: Aim of this study is evaluation of palliative treatment outcomes of patients with advanced esophageal cancer using self-expandable stents.

Material and methods: In 2011-2013 in the Department of Surgery 12 patients with advanced esophageal cancer were treated with self-expandable stents. All patients were men between 51 to 85 years old, mean age 67 years. In examined group, 11 patients were diagnosed with unresectable esophageal cancer in IV cancer clinical stage T4, N1, M0-1 and II-III stage dysphagia. One patient was diagnosed with oesophago-gastroanastomosis fistula after distal esophagectomy. In one patient cancer was localized in proximal part of esophagus, in 5 patients in the middle part, in 4 patients in distal part and in one patient with oesophago-gastroanastomosis. Cancer was narrowing esophagus between 6.5 to 9 cm length. In intravenous anesthesia, under radiological and endoscopic control, in place of cancerous narrowing or fistula partially covered self-expandable stent was inserted, including 8 to 15 cm length EVO 20-25 stent in 11 patients and SX-ELLA 25-20-135 stent in one patient. Stent localization was radiologically verified on the first day after surgery. In postoperative period, early and late complications were evaluated as well as permeability time of the stent, dysphagia relapse and quality of life in terminal period of disease.

Results: In three patients at the first day after surgery, distal displacement of the stent was found, including one patient requiring its repositioning. In all patients, relief of dysphagia was found directly after surgery. In 11 patients the stent lasted permeable allowing oral nutrition until death from 2 up to 6 months. In one patient after 6 weeks, stent obstruction was found with complete dysphagia and necessity of gastrostomy insertion. Attempt to close the fistula did not give successful results.

Conclusions: Palliative treatment of patients with advanced esophageal cancer using self-expandable stents leads to immediate and complete or partial resolution of symptoms of dysphagia.

Key words: esophageal cancer, self-expandable stent.

Powikłania po operacjach jelita grubego

P-00035

FAST TRACK SURGERY – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Bartosz Smolec, Klaudiusz Rogalski, Marek Dobosz

Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Pomorskie Centrum Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

STRESZCZENIE

Wstęp: Fast Track Surgery (FTS) to całość postępowania okołoperacyjnego, którego celem jest poprawa wyników leczenia przez skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie liczby powikłań, a przez to obniżenie kosztów leczenia. Założenia FTS zostały przedstawione przez H. Kehleta i D. Dilmora w pracach w 2001/02 r. Pierwotnie dotyczyły pacjentów poddawanych planowym zabiegom kolorektalnym. Obecnie zasady FTS znajdują zastosowanie w każdym rodzaju chirurgii.

Celem pracy jest porównanie wyników leczenia przed i po wprowadzeniu zasad FTS w materiale własnym Oddziału.

Materiał i metody: Przeanalizowano retrospektywnie przypadki pacjentów poddawanych zabiegom z zakresu chirurgii kolorektalnej (hemikolektomia, resekcja esicy i odbytnicy) w okresie 2007–2009, tj. przed wprowadzeniem zasad FTS (grupa 1) oraz w okresie 2010–2012, po wprowadzeniu tych zasad (grupa 2). Przeanalizowano 436 przypadków planowych zabiegów, w tym 247 w okresie 2010–2012 (grupa 2). Analizie podlegał czas hospitalizacji, ilość przetaczanych płynów, powrót funkcji przewodu pokarmowego, wykorzystanie ZOP-u w znieczuleniu, ilość powikłań, w tym nieszczelności zespoleń.

Wyniki: Nie stwierdzono statystycznie znamiennej różnicy w czasie pobytu w szpitalu pomiędzy obiema grupami. W grupie 2 stwierdzono zmniejszenie ilości płynów podawanych dożylnie w zerowej, pierwszej i drugiej dobie pooperacyjnej, w znieczuleniu wyższy odsetek wykorzystania ZOP-u. Spadła ilość rutynowo zakładanych sond do żołądka, z czym wiązała się szybsza podaż płynów doustnie i szybszy powrót funkcji przewodu pokarmowego. Ilość nieszczelności zespoleń jelitowych nie różniła się znacząco, co wynikało najpewniej z niewielkiej ilości tego rodzaju powikłań w obu grupach.

Wnioski: Wyniki autorów są zgodne z prezentowanymi w piśmiennictwie. Nieobserwowane w materiale znamienne statystycznie skrócenie okresu hospitalizacji wynika ze stosunkowo małej liczebności grup. Ograniczenie podaży płynów wiąże się ze zmniejszeniem kosztów leczenia. Szybszy powrót funkcji przewodu pokarmowego, odstąpienie od standardowego przygotowania pacjenta do zabiegu na rzecz indywidualnego podejścia w ocenie autorów zwiększa akceptację leczenia operacyjnego.

Słowa kluczowe: Fast Track Surgery (FTS), Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), chirurgia kolorektalna, opieka okołoperacyjna.

ABSTRACT

Introduction: Fast Track Surgery (FTS) is the entire perioperative procedure which aim is to improve treatment results by reducing the length of hospitalization, fewer complications and thus reduce the cost of treatment. FTS assumptions were made by H. Kehlet and D. Dilmore in their works in 2001/02. They were originally focused on patients undergone colorectal elective operations. Nowadays FTS principles are applied in any type of surgery.

Aim of this study is to compare the results of treatment before and after the introduction of FTS principles in the own material of the Ward.

Material and methods: The cases of the patients undergone colorectal surgeries (hemicolectomy, sigmoid colon and rectum resection) in 2007–2009 ie before the introduction of FTS principles (group 1) and in 2010–2012 ie after the introduction (group 2) were retrospectively analyzed. One analyzed 436 cases of elective operations including 247 in 2010–2012 (group 2). Analyzed factors were: hospitalization length, transfused fluid amount, gastrointestinal function return, using extradural anaesthesia and number of complications including anastomosis leaks.

Results: There was no statistically significant difference in hospitalization length between the two groups. In group 2, reduce of the amount

of fluid administered intravenously on zero, first and second postoperative day and higher utilization rate of extradural anaesthesia were found. The number of routine gastric probes decreased so there was faster oral fluid intake and gastrointestinal function return. The number of intestinal anastomosis leaks did not differ significantly which probably resulted from a small number of such complications in both groups.

Conclusions: The authors' results are consistent with those in the literature. Not observed in the material statistically significant shortening of hospitalization resulted from relatively small size of the groups. Reducing the amount of taken fluid results in treatment cost reduction. In authors' assessment, faster gastrointestinal function return and giving up the standard patient preparation for surgery for an individual approach increase surgery acceptance.

Key words: Fast Track Surgery (FTS), Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), colorectal surgery, perioperative care.

P-00114

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA WYSTĄPIENIE POWIKŁAŃ I WYDŁUŻENIE CZASU HOSPITALIZACJI U CHORYCH Z RAKIEM JELITA GRUBEGO OPEROWANYCH Z ZASTOSOWANIEM TECHNIKI FAST TRACK – „SZYBKIEJ ŚCIEŻKI”

Kamil Drucis, Tomasz Jastrzębski, Tomasz Polec, Anna Kossowska, Beata Jakusik, Arkadiusz Jankiewicz, Janusz Jaśkiewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Technika *Fast Track* (szybkiej ścieżki) jest wielokierunkowym modelem postępowania z pacjentem zakwalifikowanym do zabiegów jelita grubego. Oprócz skrócenia hospitalizacji nastawiony jest również na zmniejszenie ilości powikłań.

Cel: Analiza czynników wpływających na występowanie powikłań w grupie pacjentów operowanych z powodu nowotworu jelita grubego w technice *Fast Track*.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 111 pacjentów (w tym 51 kobiet i 60 mężczyzn), wśród których średnia wieku wynosiła 65 lat (wśród płci kolejno: 63 i 67 lat). Do najczęstszych zabiegów należały odpowiednio resekcja odbytnicy przednia (21) i hemikolektomia prawostronna (20). U pacjentów przy przyjęciu oceniano BMI – średnia 26,43 (zakres 16,85–38,28; mediana 26,26), ilość procentową tkanki tłuszczowej – średnia 31,92% (17,40–47,00; M = 31,75), a badania krwi wykonywano średnio 5 dni przed zabiegiem, oceniając, oprócz morfologii, białko całkowite – średnia 71,9 (54–90; M = 72), poziom albumin w surowicy – średnia 37,6 G/l (18–45; M = 38), jak również poziom białka ostrej fazy – średnia 23,55 (0,1–209,3; M = 7,13), BUN – średnia 16,6 (5,6–30,3; M = 15,45), kreatyniny – 0,84 (0,61–1,61; M = 0,79) i NLR (*neutrophil lymphocyte ratio*; jako stosunek poziomu neutrocytów do limfocytów) – średnia 3,55 (0,92–14,17; M = 2,7).

Wyniki: Średni czas hospitalizacji wynosił 8 dni (1–23; M = 7), po zabiegu średnio 5 dni (0–17; M = 5). Czynniki wpływającymi na wydłużenie czasu hospitalizacji były: lokalizacja nowotworu ($p = 0,05$) i NLR ($p < 0,05$). Powikłania wystąpiły u 7,2% badanych, w tym u 3 pacjentów poważne – 2 wymagało reoperacji, jeden zmarł. Na wystąpienie powikłań wpłynęły: poziom albumin ($p = 0,028$), białka całkowitego ($p < 0,01$) oraz lokalizacja nowotworu ($p = 0,016$).

Wnioski: Oprócz rozpoznania i lokalizacji zmiany nowotworowej, stan odżywienia pacjenta ma istotne znaczenie dla wystąpienia powikłań pooperacyjnych – infekcyjnych i zaburzeń gojenia. Czas hospitalizacji związany był głównie z typem i nasileniem odpowiedzi zapalnej przed zabiegiem, mierzonej jako NLR. W celu minimalizacji odsetka powikłań, w technice *Fast Track* istotne jest przedoperacyjne odżywienie pacjenta celem przerwania katabolizmu i modyfikacji reakcji zapalnej.

Słowa kluczowe: szybka ścieżka, NLR, alimentacja, rak jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: Fast Track is a multimodal approach to patients operated on colorectal cancer. Though aimed at the shortening of hospital stay it also involves reduction of complication rate.

Purpose: Evaluation of factors related to complication rate in patients with Fast Track colorectal surgery.

Material and methods: 111 patients were enrolled in the study (51 women and 60 men), with median age 65 y (women – 53 and men 67). Most common surgical procedures were – anterior resection (21), right hemicolectomy (20). All patients had their BMI measured at admission – mean 26.43 (range 16.85-38.28, Median = 26.26), percentage of fatty tissue – mean 31.92% (17.40-47.00, M = 31.75). Blood samples were taken five days before hospitalization – morphology, total protein – mean 71.9 (54-90; M = 72), albumin concentration 37.6 G/l (18-45; M = 38), C-reactive protein – mean 23.5 (0.-209.3; M = 7.13), BUN – mean 16.6 (5.6-30.3; M = 15.45), creatinine – mean 0.84 (0.61-1.61; M = 0.79) and NLR (neutrophil lymphocyte ratio) mean 3.55 (0.92-14.17; M = 2.7).

Results: Mean hospital stay was 8 days (1-23; M = 7), mean post-operative stay was 5 days (0-17; M = 5). Statistically significant for prolonged hospital stay was: primary tumor localization ($p = 0.05$) and NLR ($p < 0.05$). In 111 patients complications were diagnosed in 7.2% – in three of them serious that needed surgical approach or resulted in death. Complications were related to albumin concentration ($p = 0.028$), total protein ($p < 0.01$) and primary tumor localization ($p = 0.016$).

Conclusions: Alimentation of patient before surgery as well as diagnosis and localization of primary tumor is crucial for postoperative complications – wound healing and risk of infection. Hospital stay was related not only to complications diagnosed after surgery but also to the immunological status of the patients before the surgery. To reduce the risk of complications and shorten postoperative hospital stay it is crucial to alimint the patients and modify their immunological status.

Key words: Fast Track surgery, colorectal cancer, NLR, alimintation.

P-00117

ŚLEPY KIKUT ODBYTNICY JAKO ZEJŚCIE PO LECZENIU POWIKŁAŃ PO PRZEDNIEJ RESEKCJI ODBYTNICY Z POWODU RAKA

Marek Rząca, Anna Łoś, Zbigniew Obuszko, Roman Czarnecki

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Powikłania przedniej resekcji odbytnicy wynikają z przyczyn technicznych oraz niekorzystnych czynników ogólnego stanu chorych. Do pierwszych należy zaliczyć niedokrwienie jelita, nadmierne napięcie w miejscu zespolenia, błędy w technice zespolenia mechanicznego. Do drugich – niedożywienie chorych, toczące się miejscowo infekcje, przebyte napromienianie przedoperacyjne, otyłość. W niektórych przypadkach leczenie ratunkowe doprowadza do pozostawienia krótkiego, ślepo zakończonego kikuta odbytnicy.

Cel: Udowodnienie, że wykorzystanie kikuta odbytnicy do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego może być bardzo trudne albo całkowicie niemożliwe.

Materiał i metody: W naszym ośrodku w latach 2005–2012 leczono 296 chorych z powodu raka odbytnicy. Wykonano 237 przednich resekcji odbytnicy. U 7 chorych stwierdzono wystąpienie powikłań, których efektem był pozostawiony krótki, ślepo zakończony kikut odbytnicy. Na podstawie historii chorób prześledzono losy tych chorych i podjęte sposoby leczenia.

Wyniki: Jeden chory zmarł po 12 latach obserwacji z powodu rozsięwu procesu nowotworowego. Pozostali chorzy żyją bez aktywnej choroby nowotworowej. Okres obserwacji wynosi od 12 do 84 miesięcy. Stwierdzono, że tylko u 2 chorych udało się ostatecznie przywrócić ciągłość przewodu pokarmowego.

Wnioski: Powikłania zespolenia po przedniej resekcji odbytnicy mogą doprowadzać do pozostawienia ślepego kikuta odbytnicy. Wykorzystanie kikuta odbytnicy do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego bywa bardzo trudne i obarczone ryzykiem kolejnych powikłań.

Słowa kluczowe: przednia resekcja odbytnicy, powikłania, rak odbytnicy.

ABSTRACT

Introduction: There are two main causes for anastomotic leak. Anastomotic leak is the main complication of anterior resection for colorectal cancer. It's causes are either local or related to patient's overall

condition. The first group includes: bowel ischaemia, high tension of the anastomosis or technical fault that happened while using circular stapler. The other factors are malnutrition, local infections, obesity and preoperative radiotherapy. In some instances leaving short rectal stump is the only salvage operation possible.

Purpose: When anastomotic leak is diagnosed it can prove to be a challenge to rejoin the large bowel as a delayed procedure and sometimes it is not feasible at all.

Material and methods: In the years 2005-2012 we operated on 296 patients diagnosed with rectal cancer. Of those 237 had anterior resection. We recorded 7 cases when anastomotic leak required surgical intervention leading to formation of end colostomy with distal rectal end left as a stump for future rejoin. We analysed the case notes and patients' follow up to present the treatment they received.

Results: One patient died from spread of disease 12 years after surgery. One patient lives with the distant mets. The remaining 5 are alive and free of cancer with follow up 12 to 84 months. Only two of them underwent successful operation of rejoining the large bowel.

Conclusions: Complications of anterior resection may lead to formation of permanent rectal stump. Rejoining the stump with descending colon is a very difficult operation with the risk of further complications.

Key words: colorectal cancer, anterior resection for colorectal cancer, complications

P-00123

EWENTRACJA JAMY BRZUSZNEJ LECZONA SYSTEMEM PODCIŚNIENIOWEGO LECZENIA RAN – OPIS PRZYPADKU

Piotr Trzeciak, Joanna Porzeżyńska, Dominik Walczak, Karolina Ptasieńska

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Ewentracja to powikłanie polegające na rozejściu się rany pooperacyjnej z wypadnięciem trzewi poza obręb jamy brzusznej. Występuje u 0,2–6% operowanych pacjentów. Rozległa rana stanowi otwarte wrota zakażenia. Ponadto wydzielanie dużej ilości surowiczego płynu stanowi problem higieniczny i zwiększa ryzyko wtórnych zakażeń skóry czy odleżyn. System podciśnieniowego leczenia ran (NPWT) to innowacyjna metoda terapeutyczna. Doskonale wpisuje się w strategię TIME i zyskuje coraz szersze uznanie.

Cel: Ocena efektu leczenia ewentracji powłok jamy brzusznej przy użyciu systemu podciśnieniowego jako terapii wstępnej przed leczeniem operacyjnym.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono przypadek 62-letniego mężczyzny leczonego w związku z kilkukrotną ewentracją po zabiegu niskiej przedniej resekcji odbytnicy z powodu raka gruczołowego. Ze względu na ostrą niewydolność oddechową, po kilkukrotnych zabiegach operacyjnych doszło do martwicy powłok i wytrzewienia. Z powodu zbyt dużego ryzyka zgonu okołoperacyjnego odstąpiono od zabiegu operacyjnego i wdrożono terapię systemem podciśnieniowego leczenia ran, do czasu poprawienia się stanu pacjenta.

Wyniki: Zastosowanie NPWT pozwoliło przygotować ranę pacjenta do konwencjonalnego leczenia operacyjnego.

Wnioski: Systemy podciśnieniowego leczenia ran mogą mieć zastosowanie w „zachowawczym” leczeniu ewentracji w przypadku pacjentów w ciężkim stanie ogólnym. Zastosowanie systemów NPWT dużo lepiej przygotowuje zanieczyszczone rany do dalszego leczenia zabiegowego niż konwencjonalne opatrunki, co skraca czas hospitalizacji i zmniejsza koszty leczenia.

Słowa kluczowe: ewentracja, system podciśnieniowego leczenia ran, opatrunek.

ABSTRACT

Introduction: Wound dehiscence is a surgical complication in which a wound ruptures along surgical suture with bowels displacement from abdominal cavity. It occurs in 0.2-6% of operated patients. Extended wound provides a gateway for infection. Moreover an escalated secretion of serous liquid induce a hygienic problems and may lead to secondary

skin infections or bedsores. The negative pressure wound therapy (NPWT) it's a innovative method of treatment. It perfectly executes TIME strategy and recently receive a recognition.

Purpose: Evaluation of wound dehiscence treatment using NPWT as a conservative and preliminary therapy before surgical management.

Material and methods: We are presenting case report of 62 years old man after several consecutive wound dehiscence who primary was treated for rectal cancer and had performed low anterior resection of the rectum. Because of respiratory insufficiency after several operations the wound necrosis occurred with dehiscence. With respect to high risk of perioperative death we abandoned surgical treatment and we introduced conservative management using negative pressure wound therapy until the patient's health improvement.

Results: NPWT allows to appropriate preparation of wound to further surgical intervention.

Conclusions: The negative pressure wound therapy might be useful in conservative management of wound dehiscence especially in patients who are in severe condition. The NPWT systems much better prepare contaminated and infected wounds to surgical treatment than conventional dressing. Therefore it reduce cost of treatment and duration of hospitalization.

Key words: wound dehiscence, negative pressure wound therapy, dressing.

P-00143

POWIKŁANIA WYMAGAJĄCE REOPERACJI W CHIRURGII RAKA JELITA GRUBEGO – JAKIE CZYNNIKI WPŁYWAJĄ NA ODSETEK RELAPAROTOMII I NA ŚMIERTELNOŚĆ?

Michał Mik, Justyna Magdzińska, Łukasz Dziki, Marcin Tchórzewski, Radziław Trzciniński, Adam Dziki

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Niektóre ciężkie powikłania pooperacyjne w konsekwencji planowych operacji chorych z rakiem jelita grubego wymagają reoperacji. Częstość występowania takich relaparotomii waha się w granicach od 1,1% do 4,4%.

Cel: Ocena częstości występowania relaparotomii po planowych operacjach chorych na raka jelita grubego i określenie czynników wpływających na częstość relaparotomii i ryzyko śmiertelności.

Materiał i metody: W okresie od 2008 do 2012 r. zoperowano planowo 1674 chorych z rakiem jelita grubego. Z tej grupy 121 (7,2%) chorych wymagało relaparotomii z powodu powikłań i ta grupa została przeanalizowana (77 mężczyzn, 44 kobiet, średni wiek 65,1 roku).

Wyniki: Całkowita śmiertelność okołoperacyjna była znamienne wyższa u pacjentów, którzy wymagali przynajmniej jednej relaparotomii niż u chorych, którzy mieli wykonaną tylko planową operację: 13,2% vs 1,4%; wiązało się to także ze znamienne wyższym ryzykiem zgonu: OR 9,78; 95% CI: 4,97–19,29, $p = 0,0008$. Odsetek nieszczelności zespolenia, która wymagała reoperacji, wyniósł 2,7%. W procedurach resekcyjnych częstość reoperacji była znacznie wyższa niż w zabiegach, w których nie wykonywano resekcji jelita: 8,1% vs 3,5%, $p = 0,007$, nie miało to wpływu na ryzyko śmiertelności: OR 0,7; 95% CI 0,14–3,49, $p = 0,656$. Częstość występowania ciężkich powikłań była najniższa w sytuacji, gdy nowotwór zlokalizowany był w lewej części okrężnicy, w porównaniu z prawą częścią i odbytnicą – 1,8% vs 7,8% vs 10,5%, $p = 0,0004$. Nieszczelność zespolenia znacząco zwiększała ryzyko śmiertelności: OR 2,90; 95% CI 1,00–8,39, $p = 0,048$. Ryzyko śmiertelności było znamienne wyższe u pacjentów w wieku > 65 lat: OR 7,70; 95% CI 1,67–35,57, $p = 0,009$, i kiedy wynik ASA przed pierwszą operacją był \geq III: OR 5,83; 95% CI 1,58–21,60, $p = 0,008$.

Wnioski: Relaparotomia z powodu powikłań planowych operacji raka jelita grubego jest związana z bardzo wysokim ryzykiem śmiertelności. Szczególnie starsi pacjenci, pacjenci w złym stanie ogólnym oraz pacjenci z nieszczelnością zespolenia jelitowych wymagają złożonej opieki pooperacyjnej w celu zmniejszenia ryzyka śmiertelności.

Słowa kluczowe: powikłania, leczenie chirurgiczne, rak jelita grubego, śmiertelność.

ABSTRACT

Introduction: Some severe postoperative complications as consequences of even elective colorectal cancer surgery may require reoperation. The incidence of urgent relaparotomy-requiring complications has been reported as 1.1% to 4.4%.

Purpose: Identification of the incidence of relaparotomy after operations for colorectal cancer and finding out factors influencing the incidence of relaparotomy and risk of mortality.

Material and methods: In the period from 2008 to 2012 the group of 1674 patients was electively operated on for colorectal cancer. The group of 121 (7.2%) relaparotomies was identified and analysed (77 males, 44 females, mean age of 65.1).

Results: The overall mortality rate was higher in patients after relaparotomy than after the only initial procedure 13.2% vs. 1.4%; with higher risk of mortality OR 9.78; 95% CI 4.97-19.29; $p = 0.0008$. The rate of anastomotic leak requiring reoperation was 2.7%. In resection procedures the incidence of reoperation was significantly higher 8.1% vs. 3.5%; $p = 0.007$, without any influence on mortality OR 0.7; 95% CI 0.14-3.49; $p = 0.656$. The incidence of severe complications were the lowest in left colon tumour than in right colon and rectum 1.8% vs. 7.8% vs. 10.5%; $p = 0.0004$. Anastomotic leak significantly increased the risk of mortality OR 2.90; 95% CI 1.00-8.39; $p = 0.048$. The risk of mortality was also higher in patients at age > 65 OR 7.70; 95% CI 1.67-35.57; $p = 0.009$ and when ASA score was III or IV OR 5.83; 95% CI 1.58-21.60; $p = 0.008$.

Conclusions: Patients after relaparotomy for complications of colorectal cancer surgery are at very high risk of mortality. Particularly older patients, patients in poor general condition and patients with anastomotic complications require complex postoperative care to reduce the risk of mortality.

Key words: complications, surgery, colorectal cancer, mortality.

P-00164

POWIKŁANIA ROBOTOWEJ CHIRURGII JELITA GRUBEGO

Wojciech Witkiewicz, Marek Rząca, Roman Czarnecki, Zbigniew Obuszko, Jakub Turek, Rafał Mulek, Marek Zawadzki

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Robot da Vinci został zainstalowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu w grudniu 2010. Zespół chirurgiczny przebył szkolenie z zakresu chirurgii robotowej w centrach robotowych w Europie i USA.

Cel: W niniejszej pracy podjęto próbę analizy wyników operacji jelita grubego, wykonanych w naszym ośrodku z zastosowaniem robota chirurgicznego.

Materiał i metody: W analizie uwzględniono 25 pacjentów operowanych z zastosowaniem systemu da Vinci w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, w okresie od stycznia 2011 do czerwca 2013. W wymienionym okresie wykonano 13 przednich resekcji odbytnicy, 7 prawych hemikolektomii, 2 brzuszno-krzyżowe odjęcia odbytnicy oraz 2 lewe hemikolektomie. We wszystkich przypadkach pacjentów operowano z powodu raka jelita grubego.

Wyniki: Średnia wieku operowanych pacjentów wynosiła 65 ± 12 lat, a średnie BMI 30,4 ± 4,9. Średni czas operacji przedniej resekcji odbytnicy wynosił 369 ± 61 min, a prawej hemikolektomii 215 ± 49 min. Średnia utrata krwi kształtowała się na poziomie 107 ± 53 ml. Średni czas pobytu w szpitalu w grupie pacjentów poddanych resekcji odbytnicy wynosił 6,4 ± 1 dzień. Konwersję do zabiegu otwartego wykonano w 3 przypadkach (12%). Resekcję R0 uzyskano u 24 pacjentów. W jednym przypadku zaawansowanego raka odbytnicy (T4) uzyskano dodatni margines okrzęzny. Średnia liczba węzłów chłonnych w preparacie pooperacyjnym wynosiła 12,7 ± 4,3. Dwoch pacjentów wymagało reoperacji z powodu niedrożności jelita cienkiego i przetoki odbytniczo-pochwowej. W trakcie follow up u 2 pacjentów wystąpiły przerzuty odległe, u 1 pacjenta zaobserwowano wznowę miejscową.

Wnioski: Robot chirurgiczny może być z powodzeniem stosowany w operacjach raka jelita grubego. W początkowej fazie krzywej uczenia

się należy zwrócić większą uwagę na dobór pacjentów do operacji małoinwazyjnych. Głównymi wadami operacji robotowych są wysoki koszt procedury i długi czas trwania zabiegu.

Słowa kluczowe: chirurgia jelita grubego i odbytnicy, chirurgia robotowa, rak jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: The first robotic console in Poland was installed in Wrocław County Hospital in 2010. To establish a robotic program the surgical team underwent extensive training in robotic centers in USA and Europe.

Purpose: Here we analyze the outcomes of robotic colorectal resections performed in our hospital.

Material and methods: A review of prospectively maintained database of consecutive patients who underwent robotic assisted colorectal resections between December 2010 and June 2013 was undertaken. The colorectal team performed 25 resections: 13 low anterior resections, 7 right colectomies, 2 abdominoperineal resections and 2 left colectomies. All patients had a colorectal cancer.

Results: The mean age was 65 ±12 years and mean BMI was 30.4 ±4.9. Mean operative time was 414 ±61 min for rectal resection and 215 ±49 min for right colectomy. The mean estimated blood loss was 107 ±53 ml. The average hospital stay was 6.4 ±1 days for rectal resection. Conversion to open surgery was undertaken in three cases (12%). Resection margins were clear in all but one patient with an advanced T4 tumor. The mean lymph node harvest was 12.7 ±4.3. Re-operation was undertaken in 3 cases (12%) for a colovaginal fistula and small bowel obstruction. In the follow up period 2 patients developed distant metastases and one had a local recurrence.

Conclusions: Robotic assistance in colorectal surgery can be introduced successfully into a colorectal department with acceptable outcomes. In the initial phase to optimize outcomes and reduce complications more emphasis should be on appropriate patient selection. Prolonged operative time and high expenses of robotic assistance are today the main shortcomings in the popularization of robotic technology.

Key words: colorectal cancer, colorectal surgery, robotic surgery.

P-00212

PASYWNE ROZCIĄGANIE POWŁOKI BRZUSZNEJ – METODA PIERWOTNEGO ZAMKNIĘCIA JAMY BRZUSZNEJ W PRZETOKACH JELITOWYCH Z ROZLEGŁYM UBYTKIEM POWŁOK

Marek Pertkiewicz¹, Mohammad Omid¹,
Magdalena Napiórkowska², Michał Ławiński¹,
Joanna Kaczanowska¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii, CMKP

STRESZCZENIE

Wstęp: Leczenie przetok jelitowych w rozległym ubytku powłok jest trudne i obciążone wysoką częstością nawrotów i wysoką śmiertelnością. Konieczne jest odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego i zamknięcie powłok. Stosowano różne metody rekonstrukcji jedno- lub wieloetapowych z użyciem materiałów biologicznych, sztucznych oraz złożone techniki przesuwania płatów, związane z dużą częstością zakażeń miejscowych i nawrotów.

Cel: Celem pracy była ocena wyników metody zamknięcia rany po rozciągnięciu powłok.

Materiał i metody: W latach 2012–2013 operowano 20 chorych z przetokami jelitowymi uchodzącymi w rozległym ubytku powłok – odległość między brzegami powłok 20 cm lub więcej. Pod koniec operacji brzegi rany chwytało kleszczykami Kochera i naciągano przeciwnie przez 20–30 minut po maksymalnym zwiótnieniu pacjenta. Następnie ranę zamykano warstwowo. Nie stosowano szwów przez wszystkie warstwy, zakładano opatrunek antyewentracyjny, który po zdjęciu szwów zamieniano na elastyczny pas.

Wyniki: Ropienie rany wystąpiło u 3 chorych, z jednym nawrotem przetoki i brzezną martwicą skóry u 2. Jeden chory zmarł z powodu za-

wału serca w pierwszej dobie po operacji. U jednej chorej wystąpiła przepuklina w bliźnie.

Wnioski: Śródoperacyjne rozciąganie powłok umożliwia pierwotne zamknięcie jamy brzusznej u chorych z przetokami uchodzącymi w rozległym ubytku powłok i jest obciążone niewielką częstością powikłań.

Słowa kluczowe: przetoka jelitowa, ubytek powłok.

ABSTRACT

Introduction: The treatment of enteral fistulas in large abdominal wall defects is difficult and associated with high recurrence and mortality rate. Restoration of alimentary tract continuity and abdominal wall closure is necessary. One or two-staged different methods for abdominal wall defect reconstruction were described with use artificial or biological materials or flaps. All these are associated with high local infection and recurrence rate.

Purpose: Aim was to assess the results of passive abdominal wall stretching.

Material and methods: In 2012–2013 20 patients with enteral fistulas in large abdominal wall defects – 20 cm or more – were reoperated. At the end of operation abdominal walls were taken with Kocher forceps and stretched on opposite for 20–30 minutes. At the same time the patient has been maximally relaxed. Thereafter the abdominal wound was closed in layers. All layers tension sutures were not used. Antieventration dressing was applied and when skin sutures were removed, replaced by elastic belt.

Results: Wound suppuration in 3 with marginal skin necrosis in 2 and with fistula recurrence in 1 patient were only surgical complications. One patient died due to myocardial infarct. Incisional hernia was observed in one patient.

Conclusions: Intraoperative abdominal wall stretching allows primary abdominal wall closure in patients with enteral fistulas in large abdominal wall defect with low complications rate.

Key words: enteral fistula, abdominal wall defect.

Rak brodawki Vatera

P-00084

POLIP DWUNASTNICY, A MOŻE GUZ BRODAWKI VATERA? – DIAGNOSTYCZNY PROBLEM

Michał Szymański

Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Polipy dwunastnicy stanowią niejednorodną i raczej rzadką grupę schorzeń (występują u mniej więcej 5% pacjentów poddawanych gastrokopii bez względu na przyczynę). Gruczolaki dwunastnicy stanowią około 7% wszystkich zmian poddawanych biopsji w trakcie gastrokopii.

Cel: Zmiany te mogą być również mylnie interpretowane jako guzy brodawki Vatera. Mimo lokalizacji dającej duże możliwości diagnostyczne zdarza się, że ich diagnostyka wymaga interdyscyplinarnej współpracy i może stanowić realny problem kliniczny.

Materiał i metody: 67-letnia kobieta została zakwalifikowana do operacji z powodu guza brodawki Vatera na podstawie badania endoskopowego i MRI. W gastroduodenoskopii guz brodawki, w badaniu histopatologicznym wycinka *adenoma tubulare*. W badaniu rezonansu magnetycznego stwierdzono trzustkę dwudzielną oraz strukturę okolicy brodawki mniejszej o wymiarze 10 × 20 mm i sygnałe mięśniówki mogącem odpowiadać zmianie opisanej w gastrokopii.

Wyniki: Śródoperacyjnie, wykorzystując cewnikowanie dróg żółciowych, stwierdzono niezmienną brodawkę dwunastniczą większą i polip dwunastnicy o średnicy 2 cm proksymalnie do brodawki dwunastniczej mniejszej. Wycięto polip. Doraźne badanie histopatologiczne potwierdziło sytuację kliniczną.

Wnioski: Przedoperacyjna diagnostyka guzów dwunastnicy stanowi duże wyzwanie kliniczne, a wyniki badań obrazowych, mimo że niezwykle pomocne, nie zawsze w pełni odzwierciedlają sytuację kliniczną.

Słowa kluczowe: polip dwunastnicy, guz brodawki Vatera.

ABSTRACT

Introduction: Duodenal polyps are a rare and rather heterogeneous group of disorders (affecting approximately 5% of patients undergoing

endoscopy regardless of the reason). Duodenal adenomas constitute about 7% of all biopsies taken during gastroscopy.

Purpose: These tumors can also be misinterpreted as Vater's ampulla tumors. Despite the location with a large diagnostic capabilities, it happens that diagnosis requires interdisciplinary cooperation and could be a real problem in clinical practice.

Material and methods: 67-year-old woman was qualified for surgery for ampullary tumor based on endoscopic examination and MRI. In gastroduodenoscopy tumor of ampulla was found, histopathologically it was tubular adenoma. The MRI scan showed pancreas divisum and a 10 × 20 mm structure near minor duodenal papilla, possibly corresponding to changes described in endoscopy.

Results: During the operation, using bile duct cannulation, unchanged major duodenal papilla was revealed as well as 2 cm × 2 cm duodenal polyp located proximal to the minor duodenal papilla. Polyp was resected. Histopathological examination confirmed the clinical diagnosis.

Conclusions: Preoperative diagnosis of duodenal tumors is a clinical challenge. Medical imaging, although extremely helpful, do not always precisely reflect the clinical situation.

Key words: duodenal polyp, tumor of Vater's ampulla.

P-00139

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE U CHOREGO Z RAKIEM BRODAWKI VATERA I LICZNYMI ZMIANAMI OGNISKOWYMI W WĄTROBIE O CHARAKTERZE BILE DUCT HAMARTOMA

Łukasz Masiór, Konrad Kobryń, Paweł Nyckowski, Marek Krawczyk

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Kompleksy von Meyenburga (*bile duct hamartoma*) to łagodne, często mnogie guzy wątroby. Ze względu na swoje niewielkie rozmiary rzadko widoczne są w badaniach obrazowych. Zwykle nie powodują objawów klinicznych i wykrywane są przypadkowo.

Cel: Przedstawienie trudności diagnostycznych u chorego z guzem brodawki Vatera i mnogimi zmianami ogniskowymi w wątrobie wykrytymi śródoperacyjnie.

Materiał i metody: Przedstawiamy przypadek 64-letniego chorego z guzem brodawki Vatera powodującym powstanie bezbólowej żółtaczki mechanicznej. W badaniach diagnostycznych (KT, USG, ECPW) udokumentowano zmianę ogniskową brodawki Vatera. Chorego poddano leczeniu operacyjnemu. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono liczne, kilkumilimetrowe zmiany w mięszu wątroby, klinicznie odpowiadające małym zmianom przerzutowym. Kolejno wykonywane śródoperacyjne badania mikroskopowe potwierdziły ostatecznie ich łagodny charakter (kompleksy von Meyenburga), co pozwoliło na wykonanie radykalnej pankreatoduodenektomii.

Wyniki: Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Wynik pooperacyjnego badania histopatologicznego: brodawka Vatera: *adenocarcinoma* pT2N0, zmiany z wątroby: *bile duct hamartoma*.

Wnioski: W pracy zwrócono uwagę na niedoskonałość makroskopowej oceny zmian w wątrobie. Podkreślono także konieczność ścisłej współpracy chirurga z patomorfologiem podczas wykonywania operacji onkologicznych, co pozwala uniknąć bardzo istotnych w skutkach, błędnych decyzji terapeutycznych.

Słowa kluczowe: guzy wątroby, *hamartoma*, kompleksy von Meyenburga, przerzuty do wątroby.

ABSTRACT

Introduction: Von Meyenburg Complexes (*bile duct hamartoma*) are benign, often multiple liver tumors. Due to its small size rarely are seen in imaging studies. Usually do not cause symptoms and are discovered incidentally.

Purpose: Presentation of the diagnostic difficulties in patients with ampullary tumor and multiple liver nodules detected intraoperatively.

Material and methods: We present a case of a 64-year-old patient with ampullary tumor causing painless jaundice. The diagnostic tests (CT, ultrasound, ERCP) documented a focal lesion in the ampulla of Vater. The

patient underwent surgery. After laparotomy numerous, small liver tumors were discovered clinically mimicking metastatic lesions. Intraoperative microscopic examination confirmed their benign nature (*von Meyenburg complexes*), which allowed for subsequent radical pancreatoduodenectomy.

Results: Postoperative course was uneventful. Final histopathology: ampulla of Vater-adenocarcinoma pT2N0, nodules in the liver-bile duct hamartoma.

Conclusions: This paper highlights the inadequacy of macroscopic evaluation of liver nodules. It stresses the need for close cooperation between the surgeon and the pathologist during oncological surgery, to avoid incorrect therapeutic decisions with meaningful consequences.

Key words: liver tumors, hamartoma, von Meyenburg complexes, liver metastases.

Leczenie bólu przewlekłego

P-00209

OCENA PORÓWNAWCZA SKUTECZNOŚCI ŁĄCZONEJ TERAPII 7% SUKRALFATEM Z 2% DILTIAZEMEM W PORÓWNIANIU Z LECZENIEM SAMYM 7% DILTIAZEMEM W LECZENIU PRZEWLEKŁEJ SZCZELINY ODBYTU – RANDOMIZOWANE BADANIE PROSPEKTYWNE

Małgorzata Kołodziejczak, Krzysztof Bielecki, Anna Wiączek

Oddział Chirurgii z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu

STRESZCZENIE

Wstęp: Szczelina odbytu jest obok choroby hemoroidalnej najczęściej występującą proktologiczną chorobą zapalną. Ze względu na możliwość komplikacji po operacji szczeliny odbytu w postaci objawów inkontynencji obecnie podstawowym leczeniem jest leczenie zachowawcze. Niniejsza praca stanowi propozycję terapii łączonej, wykorzystującej działania terapeutyczne diltiazemu i sukralfatu. Diltiazem (bloker kanałów wapniowych) obniża napięcie mięśni zwieraczy, podczas gdy sukralfat ma działanie gojące anoderme.

Cel: Ocena porównawcza skuteczności łączonej terapii 7% sukralfatem z 2% diltiazemem w porównaniu z leczeniem samym 7% diltiazemem w leczeniu przewlekłej szczeliny odbytu.

Materiał i metody: 46 pacjentów (30 kobiet, 16 mężczyzn) w wieku od 22 do 80 lat (śr. wieku 44,6 roku) z przewlekłą szczeliną odbytu: 21 pacjentów leczonych diltiazemem podawanym 2 razy dziennie doodbytniczo w postaci 2% maści, 25 pacjentów leczonych diltiazemem oraz 7% maścią z sukralfatu (diltiazem 1 raz dziennie, sukralfat 1 raz dziennie) przez 8 tygodni. Podczas pierwszej wizyty oraz wizyty kontrolnej po 8–10 tygodniach leczenia pacjent był badany proktologicznie oraz oceniano dolegliwości pacjenta w skali bólu werbalnej i wizualnej.

Wyniki: Zagojenie szczeliny stwierdzono u 15 z 21 pacjentów (71,5%) leczonych samym diltiazemem oraz u 21 z 25 pacjentów (84%) leczonych diltiazemem i sukralfatem. W żadnym przypadku nie stwierdzono działań ubocznych zastosowanych leków.

Wnioski: Terapia łączona 7% diltiazemem z 2% sukralfatem jest skuteczniejszą metodą leczenia przewlekłej szczeliny odbytu w porównaniu z leczeniem szczeliny samym 2% diltiazemem. Różnica nie była istotna statystycznie.

Słowa kluczowe: szczelina odbytu, sukralfat, diltiazem, chemiczna sfinkterotomia.

ABSTRACT

Introduction: Anal fissure together with haemorrhoidal disease are the most often occurring inflammatory proctological illnesses. Because of possibility of complications in form of incontinence symptoms after the fissure surgery, at present the principal treatment method is conservative therapy. This paper presents the proposal of combination therapy with use of therapeutic effects of Diltiazem and Sulcralfat. Diltiazem (calcium channel blocker) decreases anal sphincters' tension while Sulcralfat causes healing of anodermal laesion.

Purpose: To compare the effectiveness of combination therapy with 7% Sulcralfat and 2% Diltiazem versus 2% Diltiazem alone in treatment of chronic anal fissure.

Material and methods: 46 patients (30 women, 16 men) aged 22 to 80 years (mean age 44 years) with chronic anal fissure: 21 patients treated with 2% Diltiazem administered twice a day into anus in the form of 2% ointment, 25 patients treated with 2% Diltiazem and 7% Sulcralfat ointment (Diltiazem once a day, Sulcralfat once a day) for 8 weeks. During the first visit and follow-up visit after 8-10 weeks of treatment each patient was examined proctologically and assessed his/her ailments on the verbal and visual scale of pain. Adverse effects of applied treatments were also assessed.

Results: Healing of anal fissure occurred in 15 of 21 patients (71.5%) treated with Diltiazem alone and in 21 of 25 patients (84%) treated with Diltiazem and Sulcralfat. No adverse effects of used medications were noted.

Conclusions: Combination therapy with 2% Diltiazem and 7% Sulcralfat in treatment of chronic anal fissure is more effective than 2% Diltiazem alone. This result is not significant at $p < 0.05$.

Key words: anal fissura, diltiazem, sulcralfate, chemical sphincterotomy.

ed at our Department. In this group 55% of patients had complete interruption of the bile duct, 25% had partial interruption, 16% were restricted to the right hepatic duct, and the rest were diagnosed as cases of significant complication, including damage to the hepatic artery. Isolated cases were treated by endoscopy, while other required surgical treatment. 57 patients had repetitive hospitalizations (min no. 3). Due to the time of the diagnosis of gallbladder surgery complications, and depending on the number of operations performed in primary centers, the approach towards the choice of the period for reconstructive biliary surgery widely varied. Decision making was based upon the clinical condition of the patient. During the first hospitalization 75% of patients were operated. In all cases, the reconstruction was performed on a separate Roux-Y jejunal loop. A catheter was applied for the anastomosis and led through the intestinal wall. Mortality was calculated to be 3%. A biliary fistula was identified in 7%. 10 patients during follow-up required several operations, and they eventually were qualified for liver transplantation.

Conclusions: Bile duct injuries are usually the result of laparoscopic cholecystectomies. Time from surgical injury to diagnosis has been prolonged. Reconstructive surgery is not always possible and should be carried out immediately after the diagnosis of complications. Ineffective bile drainage leads to secondary biliary cirrhosis and is an indication for liver transplantation.

Key words: biliary tract injury, reconstruction, liver transplantation.

Jatrogenne uszkodzenia układu moczowego

P-00228

WYBÓR CZASU OPERACJI REKONSTRUKCYJNEJ ORAZ TECHNIKI OPERACYJNEJ PO JATROGENNYM USZKODZENIU DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

Ireneusz Grzelak, Oskar Kornasiewicz, Konrad Kobryń

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Najczęstszą operacją prowadzącą do kalectwa dróg żółciowych, określenie wprowadzone przez prof. Leona Manteuffela-Szoega, jest cholecystektomia. W obecnej dobie operacje laparoskopowe dają prawie dwukrotnie więcej powikłań niż otwarte. Leczenie powikłania jest trudne i kosztowne.

Cel: Określenie optymalnego czasu naprawy dróg żółciowych

Materiał i metody: W Klinice w latach 2000–2012 leczono 390 chorych po jatrogenym uszkodzeniu dróg żółciowych ze szpitali całej Polski. Procentowo w tej grupie najczęściej było: 55% całkowitych przecięć przewodu żółciowego, 25% częściowych przecięć, 16% przecięć prawego przewodu, resztę stanowiły przypadki o znacznej komplikacji, łącznie z uszkodzeniem tętnicy wątrobowej. Pojedyncze przypadki leczono endoskopowo. W pozostałych konieczne było leczenie operacyjne. Wielokrotne hospitalizacje, co najmniej trzy, miało 57 chorych. Ze względu na czas rozpoznania powikłania po operacji pęcherzyka żółciowego i liczbę operacji wykonanych w ośrodku, z którego chorzy trafiali do Kliniki, różne było podejście co do czasu operacji rekonstrukcyjnej. Decydował stan kliniczny chorego. W czasie pierwszego pobytu operowano 75% spośród nich. W każdym przypadku rekonstrukcję wykonywano na wydzielonej pętli jelita sposobem Roux-Y. Pozostawiano pograżony cewnik wyprowadzony przez ścianę jelita. Śmiertelność wynosiła 3%. U 7% doszło do wystąpienia przetoki żółciowej. Dziesięciu chorych w czasie obserwacji wymagało kilku operacji, ostatecznie doszło do kwalifikacji do przeszczepienia wątroby.

Wnioski: Uszkodzenie dróg żółciowych jest najczęściej skutkiem cholecystektomii, obecnie laparoskopowych. Wydłużył się czas rozpoznania szkody chirurgicznej. Operacje rekonstrukcyjne nie zawsze można i należy wykonać tuż po rozpoznaniu powikłania. Nieskuteczny odpływ żółci prowadzi do wtórnej marskości wątroby i jest wskazaniem do jej przeszczepienia.

Słowa kluczowe: kalectwo dróg żółciowych, rekonstrukcja, przeszczepienie wątroby.

ABSTRACT

Introduction: The most common operation which leads to bile duct injury is cholecystectomy, a term first introduced by prof. Leon Manteuffel-Szoega. Currently laparoscopic surgery results in twice as much complication as open-surgery. Thus treatment of these complications is difficult and expensive.

Purpose: To define the optimum time in which to reconstruct the biliary tract.

Material and methods: Between the years 2000-2012, 390 patients from hospitals across Poland, with iatrogenic bile duct injury were treat-

Rak obwodowej części trzustki

P-00129

PORÓWNANIE DWÓCH METOD REKONSTRUKCJI TRZUSTKI PO PANKREATODUODENECTOMII

Justyna Kostro, Andrzej Hellmann, Michał Szymański, Stanisław Hać, Zbigniew Śledziński

Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Pankreatojejunostomia (PJ) i pankreatogastrostomia (PG) są alternatywnymi metodami wykorzystywanymi do rekonstrukcji układu pokarmowego po częściowej resekcji trzustki.

Cel: Celem pracy jest porównanie PG i PJ ze względu na częstość występowania przetok trzustkowych w materiale własnym.

Materiał i metody: Od 2006 do 2012 r. u chorych w wieku 35–82 lat (śr. 64 lata) wykonano 97 prawostronnych resekcji trzustki z powodu guza trzustki (76) lub brodawki Vater (21). W 60 przypadkach wykonano operację sposobem Whipple'a, a w 37 – Traverso-Longmire'a. Pankreatogastrostomia była zastosowana u 57 chorych, natomiast pankreatojejunostomia u 40 pacjentów.

Wyniki: Po pankreatogastrostomii obserwowano 6 przetok trzustkowych typu C. W 2 przypadkach wykonano drenaż ropni, u jednego chorego uszczelniono zespolenie, a u pozostałych usunięto trzustkę ze śledzioną. Powikłaniem pankreatojejunostomii były 2 przetoki trzustkowe typu A, które leczono zachowawczo, i jedna typu C, gdzie zastosowano drenaż. Po zastosowaniu PJ w 8 przypadkach wystąpiło OZT w pozostawionym kikucie trzustki. Chorzy wymagali reoperacji i usunięcia ogona trzustki ze śledzioną. Śmiertelność okołoperacyjna chorych z przetoką trzustkową wynosiła 5% po PG i PJ.

Wnioski: Zespolenie trzustkowo-żołądkowe jest bezpieczniejszą metodą zaopatrzenia kikuta trzustki po jej częściowej resekcji od zespolenia trzustkowo-jelitowego. Zespolenie trzustkowo-jelitowe wiąże się ze znacznie większym ryzykiem powstania OZT w kikucie trzustki.

Słowa kluczowe: pankreatojejunostomia, pankreatogastrostomia, pankreatoduodenektomia.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatojejunostomy (PJ) and pancreatogastrostomy (PG) are an alternative methods of used for the digestive tract reconstruction after resection the head of the pancreas.

Purpose: Aim of this study is to compare the PG and PJ due to the incidence of pancreatic fistula.

Material and methods: From 2006 to 2012, 97 patients, aged 35-82 years (mean 64), had resection of the head of the pancreas due to pancreatic tumor (76) or papilla of Vater (21). In 60 cases, the Whipple's

operation were the method of choice and in 37 – Traverso-Longmire were performed. PG were done in 57 patients, while 40 patients had PJ.

Results: After pancreatogastrostomy in six cases pancreatic fistula type C were observed. In two cases abscess drainage, in 1 patient re-anastomosis and in 2 resection of remaining pancreas with splenectomy were performed. After pancreatojejunostomy 2 pancreatic fistula type A were observed, which were treated conservatively and one – type C, where drainage procedure was used. After PJ in eight cases acute pancreatitis in the pancreatic stump were occurred. All cases required reoperations, the tail of the pancreas and the spleen were removed. Perioperative mortality in patients with pancreatic fistula were 5% for PG and PJ.

Conclusions: PG anastomosis is a safer method of supplying pancreatic stump after partial resection of pancreas than PJ. PJ anastomosis associated with a significantly higher risk of acute pancreatitis in the pancreatic remnant.

Key words: pancreatojejunostomy, pancreatogastrostomy, pancreatoduodenectomy.

P-00144

WPLYW WIELKOŚCI GUZÓW TORBIELOWATYCH TRZUSTKI TYPU MCN I OBWODOWEGO TYPU IPMN NA PRZEWIDYWANIE TRANSFORMACJI ZŁOŚLIWEJ W ICH OBRĘBIE

Andrzej Krajewski, Maciej Słodkowski, Marek Wroński, Andrzej Kluciński, Marcin Makiewicz, Monika Wojtasik, Ireneusz W. Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Guzy torbielowe trzustki są coraz częściej przypadkowo wykrywanymi zmianami ogniskowymi tego narządu. Istotne jest określenie czynników, które na podstawie badań obrazowych mogą pomóc przewidzieć charakter zmiany. Jednym z parametrów mogących mieć istotne znaczenie w przewidywaniu złośliwego charakteru guza jest jego wielkość.

Cel: Celem pracy była ocena wpływu wielkości śluzowych guzów torbielowych (MCN) trzustki oraz wewnątrzprzewodowych brodawkowatych guzów śluzowych (IPMN) typu obwodowego na częstość występowania transformacji złośliwej w ich obrębie u chorych poddanych resekcji trzustki.

Materiał i metody: Badania wykonano w grupie 25 chorych operowanych z powodu MCN (17 przypadków) oraz IPMN typu obwodowego (8 przypadków). Analizy przedoperacyjnej wielkości guzów dokonano na podstawie wyniku badania tomografii komputerowej jamy brzusznej. Weryfikacji złośliwości guzów dokonano na podstawie wyników ostatecznego badania histopatologicznego.

Wyniki: Średnia wielkość inwazyjnego guza typu MCN wynosiła 83,5 ±66,54 mm i była większa niż średnia wielkość nieinwazyjnego guza typu MCN, która wynosiła 56,55 ±44,75 mm, jednak różnica ta nie była znamienista statystycznie ($p = 0,38$). Średnia wielkość inwazyjnego guza typu IPMN wynosiła 59,5 ±33,13 mm i była większa niż średnia wielkość nieinwazyjnego guza typu IPMN, która wynosiła 34,25 ±7,22 mm, jednak różnica ta również nie była znamienista statystycznie ($p = 0,31$).

Wnioski: Przedoperacyjna ocena wielkości guza torbielowatego trzustki typu MCN oraz typu obwodowego IPMN nie pozwala na przewidywanie charakteru guza.

Słowa kluczowe: guzy torbielowe trzustki, MCN, IPMN.

ABSTRACT

Introduction: Cystic neoplasms of the pancreas are diagnosed incidentally with increasing frequency. It is essential to define the factors, which would allow to predict the malignant potential in imaging studies. One of these factors might be tumor size.

Purpose: To assess the value of tumor size in predicting malignancy in mucinous cystic neoplasms (MCN) and branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms (BD IPMN).

Material and methods: A total of 25 patients underwent pancreatectomy for MCN (17 pts) and branch duct IPMN (8 pts). Preoperative evaluation of tumor size was based on computed tomography scans.

Tumor malignancy was assessed in postoperative histopathological examination.

Results: The average size of malignant MCN was 83.5 ±66.54 mm compared to 56.55 ±44.75 mm of benign MCN. The difference was not significant ($p = 0.38$). The average size of malignant IPMN was 59.5 ±33.13 mm compared to 34.25 ±7.22 mm of benign IPMN. The difference was not significant ($p = 0.31$).

Conclusions: The tumor size does not allow prediction of tumor malignant potential in mucinous cystic neoplasms (MCN) and branch duct intraductal papillary mucinous neoplasms (BD IPMN).

Key words: cystic neoplasms of pancreas, MCN, IPMN.

Skojarzone leczenie chorych na raka jelita grubego

P-00078

WIEK PACJENTA 75 LAT A WCZESNE I ODLEGŁE WYNIKI CHIRURGICZNEGO LECZENIA RAKA ODBYTNICY

Wiesław Kruszewski^{1,2}, Mariusz Szajewski^{1,2}, Jacek Wydra¹, Maciej Ciesielski^{1,2}, Jarosław Szefel^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Szpital Morski w Gdyni

²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Postęp w medycynie sprzyja chirurgicznemu leczeniu raka odbytnicy u osób w nawet w bardzo podeszłym wieku. Nie brakuje doniesień o podobnym ryzyku powikłań okołoperacyjnych u ludzi w różnych grupach wiekowych po tej operacji. Ocena wyników odległych leczenia operacyjnego raka odbytnicy w zależności od wieku nie jest już tak jednoznaczna.

Cel: Postanowiliśmy zbadać wczesne i odległe wyniki leczenia raka odbytnicy zabiegiem resekcyjnym w materiale własnym, porównując je w dwóch grupach chorych: do 75. roku życia i powyżej tego wieku.

Materiał i metody: Materiał to 101 kolejnych chorych, u których wykonano zabieg resekcyjny z powodu raka gruczołowego położonego w odbytnicy do 15 cm od brzegu odbytu i nie dalej jak 12 cm od zwieraczy. Czas obserwacji to 27–63 mies., mediana wieku wynosiła 67 lat, mediana czasu hospitalizacji – 6 dni. 48% chorych poddano leczeniu neoadiuwantowemu radio(chemio)terapią. W 39% byli to pacjenci z rakiem w III i IV stopniu zaawansowania. Chorzy powyżej 75. roku życia stanowili 29%. Wykonano 61 resekcji przednich, 30 operacji cylindrycznych i 10 sposobem Hartmanna. Odnotowano jeden zgon w okresie okołoperacyjnym.

Wyniki: Ryzyko powikłań wczesnych w okresie okołoperacyjnym w obu grupach wiekowych było podobne. Leczenie neoadiuwantowe z wykorzystaniem radioterapii przedoperacyjnej nie miało związku z występowaniem wczesnych powikłań. Obliczono względne ryzyko zgonu w zależności od wieku po 6, 12, 18, 24 i 30 miesiącach od operacji. Pośród pacjentów po 75. roku życia było ono znamienne większe w okresie po 12 (HR 3,8, $p = 0,03$) i 24 miesiącach (HR 3,0, $p = 0,03$). Zauważono tendencję do zwiększonego ryzyka zgonu osób starszych po 18 miesiącach (HR 2,6, $p = 0,07$).

Wnioski: Operowanie chorych po 75. roku życia z rakiem odbytnicy zabiegiem resekcyjnym jest obciążone podobnym ryzykiem powikłań w okresie okołoperacyjnym jak pacjentów młodszych. Leczenie przedoperacyjne z wykorzystaniem radioterapii nie zwiększa ryzyka powikłań w okresie okołoperacyjnym. Wyniki odległe mierzone czasem przeżycia całkowitego w okresie do dwóch lat po operacji są gorsze w grupie osób po 75. roku życia. Rodzi to pytanie o zasadność inwazyjnego trybu leczenia tych osób resekcją chirurgiczną w zakresie odbytnicy.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, wiek podeszły.

ABSTRACT

Introduction: The progress in medical care favours surgical treatment of rectal cancer even in patients in very advanced age. There are many studies reporting similar risk of postoperative complications in different groups depending on age of patients. However, the evaluation of long-term outcome of rectal cancer surgery remains not so clear.

Purpose: We decided to study early and long-term outcome of rectal cancer resection in own material, comparing the results in two groups of patients: aged under and over 75 years.

Material and methods: Material consists of 101 consecutive patients that underwent resection of rectal adenocarcinoma located up to 15 cm from the anal verge and no more than 12 cm from the anal sphincters. The follow-up ranged from 27 to 63 months, median of age was 67 years, and median of hospital stay reached 6 days. Neoadjuvant radio(chemo)therapy was carried out in 48% of patients. In 39% of cases, the cancer was in IIIrd or IVth stage. There were 29% of patients after age 75. The performed procedures were as follows: 61 anterior resections, 30 abdominoperineal resections and 10 Hartmann procedures. There was 1 death in the postoperative course.

Results: The risk of early complications in both groups was similar. Preoperative radiotherapy did not influence the risk of perioperative complications. The relative risk of death, depending on age after 6, 12, 18, 24 and 30 months was counted. Among patients over 75 it was significantly higher after 12 (HR 3.8, $p = 0.03$) and after 24 months (HR 3.0, $p = 0.03$). There was also tendency to increased risk of death in older patients after 18 months (HR 2.6, $p = 0.07$).

Conclusions: Resective procedures for rectal cancer in patients aged 75 and over carry similar risk of perioperative complications as in younger patients. Late outcome, measured by overall survival is worse in patients over 75 in period up to two years after the procedure. It raises the question about the validity of treatment of rectal cancer with the use of invasive surgical resection in this group of patients.

Key words: rectal cancer, aged patient.

z powodu braku istotności statystycznej wyników nie pozwala na jednoznaczne ustalenie jej przydatności w terapii chorych na RJG.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, antygen karcynoembrionalny, metaloproteinaza 2, popłuczyny otrzewnowe, stopień zaawansowania.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is one of the best described diseases in oncology. It is second lead cause of death because of oncologic reason in Europe.

Purpose: The aim of the study was evaluation of usefulness of well known colorectal cancer (crc) marker – carcinoembryonic antigen (CEA) and new substance in crc investigation process – matrix metalloproteinase 2 (MMP-2) peritoneal washes concentration (CEA-p and MMP-2-p) in staging of colorectal patients.

Material and methods: Patients with colorectal cancer were operated on and during laparotomy 20 ml of saline were added to peritoneal cavity. After washing 10 ml of peritoneal washes were taken. Then CMIA (Chemiluminescent Microparticle Immunoassay for CEA) and ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay for MMP-2) were used for markers concentration evaluation. Results were correlated with histopathological and clinical features.

Results: As a result positive correlation between CEA and MMP-2 concentration with tumor staging was found. It was also revealed that in case of the biggest tumors (over 35 cm² cross section surface) significantly higher CEA and MMP-2 concentration in peritoneal washes occur. Concerning association between markers concentration and tumor grading it was noted that higher CEA-p levels is linked with the higher T grade, with statistical significance between T2 and T4. In case of MMP-2-p higher levels was associated with tumors infiltrating near organs (no statistic significance). Concerning nodal infiltration investigation revealed significantly higher CEA-s and CEA-p concentration in the presence of nodal metastases (N1).

Conclusions: In summary CEA-p could be a valuable complementation of TNM classification and can be used as an important factor for more precise crc staging. Usefulness of MMP-2 measurement, because of a lack of statistical significance, still requires further studies. Presented results indicates on new opportunities of determination well known substances. It is a great hope in aspect of development diagnostic methods that can help in creation of new, more specific therapies for crc patients.

Key words: colorectal cancer, carcinoembryonic antigen, matrix metalloproteinase 2, peritoneal washes, staging.

P-00101

ZNACZENIE STĘŻENIA ANTYGENU KARCINOEMBRIONALNEGO (CEA) I METALOPROTEINAZY 2 (MMP-2) W POPŁUCZYNACH OTRZEWNOWYCH W OCENIE STOPNIA ZAAWANSOWANIA NOWOTWORU U CHORYCH Z RAKIEM JELITA GRUBEGO

Tomasz Guzel, Maciej Słodkowski, Shaker Alseifi, Ireneusz W. Krasnodębski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak jelita grubego (RJG) jest jedną z najlepiej poznanych jednostek chorobowych w onkologii. Obecnie stanowi on drugą przyczynę zgonów w przebiegu chorób onkologicznych w Europie.

Cel: Celem pracy było określenie przydatności oznaczania stężenia substancji wykorzystywanych jako markery nowotworowe, tj. antygen karcynoembrionalnego (CEA) i metaloproteiny 2 (MMP-2) w popłuczynach otrzewnowych (CEA-p i MMP-2-p) w ocenie stopnia zaawansowania nowotworu u chorych na raka jelita grubego (RJG).

Material i metody: Podczas planowej laparotomii z powodu RJG do jamy otrzewnowej podawano 20 ml 0,9% NaCl i po przepłukaniu pobierano 10 ml do badania. Wyniki uzyskane za pomocą testu ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay w przypadku MMP2) oraz metody CMIA (Chemiluminescent Microparticle Immunoassay w przypadku CEA) porównywano z danymi z Zakładu Histopatologii WUM oraz dokumentacji chorego.

Wyniki: Potwierdzono dodatnią korelację stężeń badanych substancji ze stopniem zaawansowania choroby nowotworowej ocenianym według klasyfikacji TNM. Wykazano, że w przypadku guzów o polu powierzchni przekroju powyżej 35 cm² występują istotne statystycznie wyższe stężenia CEA-p i MMP-2-p. Badając zależności od stopnia miejscowego zaawansowania guza, wykazano, że stężenia CEA-p były wyższe w kolejnych, wyższych stopniach T, wykazując istotne różnice pomiędzy stopniami T2 i T4. Dla MMP-2-p były wyższe dopiero w przypadku guzów naciekających sąsiednie narządy (brak istotności statystycznej). Badając zależność od stopnia zajęcia węzłów chłonnych, stwierdzono istotnie wyższe stężenia CEA-s i CEA-p przy przerzutach do węzłów chłonnych (N1).

Wnioski: Wyniki pracy jednoznacznie wykazały, że istnieje związek stężeń badanych substancji ze stopniem zaawansowania choroby nowotworowej. Wskazują, że badanie stężenia CEA w popłuczynach otrzewnowych może być cennym uzupełnieniem klasyfikacji TNM i pozwolić na bardziej precyzyjne określenie stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Badanie stężenia MMP-2 natomiast, mimo że wykazano związek stężeń tej substancji ze stopniem zaawansowania nowotworu,

P-00113

OCENA SKUTECZNOŚCI MIEJSCOWEGO WYCIĘCIA ZMIANY Z NASTĘPCZYM LECZENIEM HORMONALNYM W LECZENIU ENDOMETRIOZY ODBYTU – OPIS CZTERECH PRZYPADKÓW

Anna Wiączek, Małgorzata Kołodziejczak, Krzysztof Bielecki, Iwona Sudoł-Szopińska

Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Endometriozę definiuje się jako czynną hormonalnie strukturę błony śluzowej trzonu macicy zlokalizowaną poza jamą macicy. Typowe lokalizacje to: więzadła krzyżowo-maciczne i jajniki, więzadła obłe oraz jelita. Lokalizacja w okolicy zwieraczy odbytu, w przegrodzie odbytniczo-pochwowej i w samym kanale odbytu jest opisywana rzadko. Autorzy przedstawiają 4 przypadki pacjentek z endometriozą umiejscowioną w okolicy kanału odbytu.

Cel: Ocena skuteczności miejscowego wycięcia zmiany z następczym leczeniem hormonalnym w leczeniu endometriozy odbytu.

Material i metody: 4 pacjentki w wieku od 33 do 42 lat (śr. wieku 37 lat) operowane z powodu endometriozy. Trzy pacjentki miały zlokalizowaną endometriozę w obrębie zwieraczy odbytu, jedna w przegrodzie odbytniczo-pochwowej, co było przyczyną przetoki odbytniczo-pochwowej. U wszystkich pacjentek przed operacją wykonano rektoskopię oraz ultrasonograficzne badanie transrektalne. U pacjentki z przetoką odbytniczo-pochwową wycięto przetokę z otworem wewnętrznym i zamknięto ubytek po wycięciu otworze wewnętrznym przesuniętym płatem ano-

dermy. W dwóch przypadkach wycięto zmianę, oszczędzając mięśnie zwieracze, w jednym przypadku wykonano plastykę zwieraczy po wycięciu zmiany. Pacjentki otrzymały uzupełniające leczenie hormonalne zalecone przez ginekologa. Okres obserwacji wynosił minimum 6 miesięcy.

Wyniki: U pacjentki z endometriozą nawrotową zanotowano nawrót choroby po 2 miesiącach. Pacjentka ta, mimo hormonoterapii, dostała krwawienia miesięcznego. W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano nawrotu choroby, również po odstawieniu hormonów.

Wnioski: Miejscowe wycięcie zmiany z następczym leczeniem hormonalnym jest skuteczną metodą w leczeniu endometriozy umiejscowionej w kanale i okolicy odbytu. Użyteczną metodą diagnostyczną pozwalającą na ocenę lokalizacji zmiany względem mięśni zwieraczy odbytu jest ultrasonografia transrektalna.

Słowa kluczowe: endometrioza odbytu, plastyka zwieraczy, przetoka odbytniczo-pochwowa.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is defined as endometrial-like tissue with hormonal activity outside uterine cavity. Typical localizations: uterosacral ligaments, ovaries, round ligaments and intestines. Localization in the anal sphincter muscles' area, in rectovaginal septum and in anal canal is rarely reported. Authors present 4 cases of endometriosis located in anal canal area.

Purpose: Evaluation of effectiveness of local lesion excision with subsequent hormonal treatment in anal endometriosis.

Material and methods: 4 patients aged from 33 to 42 (the average – 37 years) operated due to endometriosis. 3 patients had endometriosis located within anal canal, 1 patient in rectovaginal septum, what was the cause of rectovaginal septum fistula. Every patient underwent rectoscopy and ultrasonography before surgery. In patient with rectovaginal septum fistula the fistula was excised with internal hole, and the cavity remaining after removal of internal hole was closed with anodermal overlap. In two cases the endometriotic lesion was excised saving sphincter anal muscles, in one case anal sphincter reconstruction was performed after excision. Patients were given supplementary hormonal treatment ordered by gynecologist. Observation period lasted at least 6 months.

Results: In patient with recurrent endometriosis the recurrence of disease was noted after 2 months. This patient had menstrual bleeding in spite of hormonal therapy. In the remaining cases recurrence of disease wasn't observed also after discontinuation of hormones.

Conclusions: Local lesion excision with following hormonal treatment is the effective method of treatment of endometriosis located in anal canal and anal area. Transrectal ultrasonography is useful diagnostic method that allows assessment of lesion localization in relation to sphincter anal muscles.

Key words: anal endometriosis, anal sphincter reconstruction, rectovaginal septum fistula.

P-00131

ŚLUZAK RZEKOMY OTRZEWNEJ – LECZENIE ZA POMOCĄ CHIRURGII CYTOREDUKCYJNEJ I CHEMIOTERAPII DOOTRZEWNOWEJ W HIPERTERMII – DOŚWIADCZENIA WŁASNE NA PODSTAWIE PIERWSZYCH 20 PRZYPADKÓW

Tomasz Polec¹, Tomasz Jastrzębski¹, Rafał Pęksa², Kamil Drucis¹, Paulina Cichon¹, Michał Kąkol¹, Janusz Jaśkiewicz¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Śluzaka rzekomego otrzewnej (*pseudomyxoma peritonei* – PMP) definiuje się jako jednostkę kliniczną charakteryzującą się wszczepami otrzewnowymi komórek produkujących śluz, co doprowadza do powstania specyficznego śluzowego wodobrzusza. Rokowanie i możliwości leczenia zależą głównie od histologii utkania nowotworowego, objętości i lokalizacji wszczepów. Połączenie zabiegu cyto redukcyjnego (*cytoreductive surgery* – CRS) z następczą chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (*Hiperthermic Intraperitoneal Chemotherapy* – HIPEC)

w zdecydowany sposób poprawiły rokowanie pacjentów z takim rozpoznaniem.

Cel: Analiza doświadczeń jednego ośrodka w leczeniu śluzaka rzekomego otrzewnej.

Materiał i metody: Ocenie poddano 20 kolejnych pacjentów z rozpoznaniem klinicznym śluzaka rzekomego otrzewnej operowanych w naszym ośrodku w latach 2010–2012. Przeanalizowano sposób diagnostyki, stopień zaawansowania zmian w otrzewnej, lokalizację zmian, trudności związane z przeprowadzeniem kompletnej CRS oraz powikłania związane z tym sposobem leczenia.

Wyniki: W ocenianej grupie przyczyną rozwoju obrazu klinicznego śluzaka rzekomego otrzewnej był guz wyrostka robaczkowego u 13 pacjentów, rak jelita grubego u 6, rak jajnika u jednego. Najbardziej dominującym objawem były niespecyficzne dolegliwości bólowe jamy brzusznej. Umieszczenie wszczepów było charakterystyczne i najczęściej dotyczyło otrzewnej prawej kopuły przepony, sieci większej i miednicy mniejszej. Średnia zajęta otrzewnej określana w skali PCI (*Peritoneal Carcinomatosis Index*) wynosiła 19. Wartość PCI bezpośrednio korelowała z czasem od wystąpienia pierwszych objawów i typem histologicznym nowotworu. Największe trudności podczas CRS związane były z usunięciem zmian z okolicy spływu żył wątrobowych do żyły głównej dolnej. Na podstawie analizy powikłań można stwierdzić, że CRS i HIPEC w leczeniu śluzaka jest procedurą bezpieczną.

Wnioski: Leczenie śluzaka rzekomego otrzewnej za pomocą CRS i HIPEC pozwala uzyskać przeżycia 10-letnie na poziomie 63%. W Polsce jest to procedura uwzględniana w procedurach NFZ od 2013 r. Jest to procedura trudna technicznie i czasochłonna, lecz przy obecnym stanie wiedzy daje największe szanse na wyleczenie w tej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: śluzak rzekomy otrzewnej, chemioterapia dootrzewnowa, cyto redukcja.

ABSTRACT

Introduction: Pseudomyxoma Peritonei (PMP) is defined as a clinical entity characterized by peritoneal implants of the mucin-producing cells, which leads to the creation of specific, gelatinous ascites. The prognosis and treatment options depend mainly on the tumor histology, volume and location of the implants. A combination of cytoreductive surgery (CRS) with subsequent hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) improve the prognosis of patients with this diagnosis.

Purpose: Analysis of the single institution experiences with treatment pseudomyxoma peritonei.

Material and methods: 20 patients with clinical diagnosis of PMP treated in our institution between 2010 and 2012 were enrolled in the study. Clinical symptoms, volume and location of implants, difficulty with comprehensive cytoreduction, morbidity and 30-day mortality were analyzed.

Results: The cause of the clinical picture PMP was appendicitis tumor in 13 patients, colon cancer in 6 patient and ovarian cancer in 1 patient. The most predominant symptom was nonspecific pain of the abdomen. Localization of implants was mostly in peritoneum of right upper quadrant, the greater omentum and pelvic. The mean Peritoneal Cancer Index score was 19 (range, 3-26). Extension of peritoneal infiltration was associated with timing of first symptoms and the histological type of tumor. The technical difficulties during the CRS were related to the dissection of the lesions of liver venous run-off to the inferior vena cava. Analysis of complications related to CRS and HIPEC revealed that the treatment of PMP is a safe procedure.

Conclusions: Treatment of PMP with CRS and HIPEC in specialized units allows to achieve 63% of 10 years survival rate. In Poland CRS and HIPEC procedures are covered by national health insurance from beginning of 2013. Though this is a technically difficult and time consuming procedure but to the present state of knowledge gives the best chance of cure in this group of patients.

Key words: pseudomyxoma peritonei, hyperthermic intraperitoneal chemotherapy, cytoreduction.

P

P-00132

NEOADIUWANTOWA RADIOTERAPIA JAKO CZYNNIK RYZYKA ZESPOŁU PRZEDNIEJ NISKIEJ RESEKCJI. JAKI JEST MECHANIZM TEGO ZABURZENIA NA POZIOMIE PATOFIZJOLOGICZNYM? WYNIKI CZYNNIOWEJ I ELEKTROFIZJOLOGICZNEJ ANALIZY PORÓWNAWCZEJ, Z RADIOTERAPIĄ JAKO JEDYNĄ ZMIENNĄ

Michał Romaniszyn, Piotr Richter, Piotr Wałęga, Jakub Kenig, Marcin Nowak, Wojciech Nowak

III Klinika Chirurgii Ogólnej, UJ CM w Krakowie

STRESZCZENIE

Cel: Celem badania jest ocena wpływu neoadiuwantowej radioterapii na parametry czynnościowe u chorych po niskiej przedniej resekcji odbytnicy z powodu raka odbytnicy, w kontekście patogenezy elektrofizjologicznej „zespołu przedniej niskiej resekcji” (LARS).

Materiał i metody: Retrospektywna analiza prospektywnie prowadzonej bazy danych. Wyodrębniono 2 grupy pacjentów (12 pacjentów każda) zbliżone pod względem płci i wieku: w pierwszej grupie (grupa RTH-LAR) pacjenci otrzymali radioterapię neoadiuwantową w schemacie 5 × 5 Gy, w drugiej grupie pacjenci byli operowani bez neoadiuwantowej radioterapii (grupa LAR). Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w zakresie danych demograficznych lub techniki operacyjnej. Porównano wyniki badań czynnościowych (manometria anorektalna) i elektrofizjologicznych (powierzchniowa elektromiografia – sEMG) w obu grupach, zarówno pomiędzy grupami, jak również porównano wyniki przedoperacyjne z pooperacyjnymi.

Wyniki: W obu grupach stwierdzono istotne zmiany po LAR, zarówno w zakresie średniego ciśnienia spoczynkowego (w RTH-LAR: 51,25 mm Hg przed, 41,5 mm Hg po, w LAR: 51,9 mm Hg przed, 42,4 mm Hg po), jak i maksymalnego ciśnienia skurczowego (w RTH-LAR: 176,5 mm Hg przed, 158,7 mm Hg po, w LAR: 159,1 mm Hg przed, 126,9 mm Hg po). Nie było znaczących różnic między dwiema grupami w zakresie ciśnień zwieracza ($p > 0,05$), lecz częstość występowania zaburzeń RAIR po operacji była wyższa w grupie napromieniowanej niż w grupie bez leczenia neoadiuwantyjnego (odpowiednio 75% i 33%). W sEMG stwierdzono istotne różnice w częstotliwości sygnału (odpowiadającej aktywności elektrycznej jednostek motorycznych zwieracza zewnętrznego). Potencjały czynnościowe były bardziej asynchroniczne w napromieniowanej grupie.

Wnioski: Głównym czynnikiem powodującym zmniejszenie siły zwieracza wydaje się sama operacja LAR. Z drugiej strony neoadiuwantowa radioterapia wydaje się wpływać na czynność odruchową zwieracza oraz aktywność elektryczną jednostek motorycznych zwieracza zewnętrznego, co może potwierdzać hipotezę neurogennej etiologii „zespołu przedniej niskiej resekcji” u chorych po LAR z neoadiuwantową radioterapią.

Słowa kluczowe: radioterapia, rak odbytnicy, manometria, elektromiografia.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to evaluate the influence of neoadjuvant radiotherapy on functional outcomes in patients after low anterior resection of the rectum due to rectal cancer, in context of electrophysiological pathogenesis of „Low Anterior Resection Syndrome”.

Material and methods: A retrospective analysis of a prospectively maintained database of patients was performed. Two age-and-gender matched groups of patients after LAR were created (12 patients each): in one group (RTH-LAR) patients received a short-course (5 × 5 Gy) neoadjuvant radiotherapy, in the other group patients were operated without neoadjuvant treatment (LAR). There were no significant differences between groups concerning demographic data or operation technique. Postoperative results of anorectal manometry and external sphincter electromyography (sEMG) examinations were analysed. Each patient underwent these examinations before treatment as well, to become his/her own control.

Results: In both groups significant changes were observed after LAR, both in Mean Resting Pressures (in RTH-LAR group: 51.25 mm Hg before, 41.5 mm Hg after, in LAR group: 51.9 mm Hg before, 42.4 mm Hg after) and Max Squeeze Pressures (in RTH-LAR: 176.5 mm Hg before, 158.7 mm Hg after, in LAR: 159.1 mm Hg before, 126.9 mm Hg after). There were no significant differences between the two groups, regarding sphincter pressures, but the incidence of RAIR disturbances after the

operation was higher in the irradiated group, than those operated without neoadjuvant treatment (75% and 33%, respectively). The differences correlated with reported stool continence problems. In sEMG analysis there was a significant difference in signal frequency, corresponding to external sphincter's motoric units action potentials, which were more asynchronous and seemingly less effective in the irradiated group.

Conclusions: The main factor causing the decrease in sphincters' strength seems to be the LAR operation itself. On the other hand, neoadjuvant radiotherapy seems to influence sphincter reflexes and external sphincter's motoric units on the electrophysiological level, which supports the hypothesis of neurogenic etiology of „Low Anterior Resection Syndrome” after LAR with neoadjuvant radiotherapy.

Key words: radiotherapy, colorectal cancer, manometry, electromyography.

P-00184

WYNIKI LECZENIA NIEDROŻNOŚCI NOWOTWOROWEJ LEWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY PO DEKOMPRESJI SAMOROZPRĘŻALNYM STENTEM JELITOWYM

Tomasz Milek

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II WL WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Wraz ze wzrostem zapadalności na nowotwory przewodu pokarmowego rośnie potrzeba optymalizacji postępowania chirurgicznego i to najlepiej z zastosowaniem małoinwazyjnych metod leczenia. Niestety wśród nowo rozpoznanych raków przewodu pokarmowego dominują postaci zaawansowane i/lub powikłane niedrożnością. Stosowane od niedawna samorozprężalne stenty zakładane do światła przewodu pokarmowego wydają się dawać nowe możliwości w postępowaniu leczniczym i paliatywnym.

Cel: Celem pracy jest porównanie wyników tradycyjnego leczenia chirurgicznego niedrożności nowotworowej jelita grubego z wynikami leczenia zabiegowego po dekompresji jelit za pomocą stentu samorozprężalnego.

Materiał i metody: Od 2009 r. do 2012 r. implantowano z powodu niedrożności nowotworowej 68 stentów. 29 chorych operowano po odbarczeniu niedrożności, wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych i po stabilizacji zaburzeń ze strony układu krążenia i oddechowego. Średni wiek chorego wyniósł 69 lat. Implantację stentów wykonywano w pierwszej dobie hospitalizacji. Zabieg był poprzedzony badaniem CT jamy brzusznej. Kolonoskopowo, po lokalizacji guza, pobraniu wycinków na badanie histologiczne, implantowano stent jelitowy pod kontrolą radiologiczną. W pierwszej dobie po zabiegu wykonywano RTG jamy brzusznej w celu kontroli położenia stentu oraz ustępowania cech niedrożności. Po 2 tygodniach zabieg operacyjny przeprowadzono u 18 chorych, u 5 po radioterapii adjuwantowej, a u 6 po leczeniu systemowym. Grupę kontrolną stanowiło 53 chorych leczonych operacyjnie z powodu niedrożności nowotworowej lewej połowy okrężnicy w pierwszej dobie hospitalizacji w latach 2005–2008.

Wyniki: W grupie badanej pierwotne zespolenie wykonano u 27 chorych (93%). Nie zanotowano rozejścia zespolenia. Jeden chory zmarł (3%) z powodu zaburzeń oddechowych. W grupie kontrolnej pierwotne zespolenie wykonano u 8 chorych (15%). U 4 chorych nastąpiło rozejście zespolenia leczone operacyjnie. U 45 chorych (85%) wykonano operację Hartmana. Ciągłość przewodu pokarmowego odtworzono u 15 chorych (28%). Pięciu chorych zmarło (9%) z powodu zaburzeń krążeniowo-oddechowych.

Wnioski: Skuteczne przedoperacyjne odbarwienie jelita grubego ma kluczowe znaczenie dla uniknięcia tymczasowej lub stałej kolostomii.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: Along with an increase in incidence of gastrointestinal cancers, there is a growing need to optimize the surgical management, at best with the use of minimally invasive treatment methods. Unfortunately, advanced and/or obstruction-complicated forms predominate among newly diagnosed gastrointestinal cancer cases. The recently introduced self-expanding stents implanted into the gastrointestinal tract lumen seem to offer new possibilities in palliative management.

Purpose: The study objective is to compare the results of conventional surgical treatment of the colon cancer obstruction with the results of treatment with the use of self-expanding stents.

Material and methods: From 2009 and 2012 68 stents were implanted due to cancer obstruction. 29 patients were treated after decompression of the obstruction, stabilization of electrolyte imbalance and disorders of the cardiovascular and respiratory systems. The average patients age was 69 years old. The stent implantation was performed in the first day of hospitalization. The treatment was preceded by CT. After location of the tumor and collecting samples for histological examination the stents were implanted with the use of radiological control. In the first day after treatment abdominal X-ray was performed to check the stent's position and regression of the obstruction. After two weeks the surgery treatment was performed in 18 patients, in 5 after adjuvant radiotherapy and in 6 after chemotherapy. The control group consisted of 53 patients who underwent surgery due to cancer obstruction of the left half of colon in the first day of hospitalization in 2005-2008.

Results: In the control group the primary anastomosis was performed in 8 patients (15%). 4 patients with anastomosis dehiscence was treated surgically. 45 (85%) patients were treated with Hartmann operation. Gastrointestinal continuity was restored in 15 patients (28%). 5 patients (9%) die due to cardio-respiratory disorders.

Conclusions: Effective pre-operative decompression of the colon is essential to avoid temporary or permanent colostomy.

Key words: colon cancer.

P-00199

ROLA ENDOSKOPII W WYKRYWANIU WZNÓW MIEJSCOWYCH PO PRZEDNIEJ RESEKCJI Z POWODU RAKA ODBYTNICY

THE ROLE OF ENDOSCOPY IN DISCLOSING OF LOCAL RECURRENTS AFTER ANTERIOR RESECTION CAUSED BY RECTAL CANCER

Michał Jankowski, Manuela Las-Jankowska, Dariusz Bała, Wojciech Zegarski

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

STRESZCZENIE

Wstęp: Wznowy miejscowe są drugą co do częstości formą nawrotu raka odbytnicy. Wczesne zdiagnozowanie problemu daje możliwość radykalnego leczenia. Obecnie uznane standardy nadzoru pooperacyjnego (ESMO, NCCN) obejmują regularne wykonywanie badań endoskopowych, celem oceny ewentualnego nawrotu miejscowego.

Cel: Retrospektywna ocena skuteczności badań endoskopowych w rozpoznawaniu wznowy miejscowej w materiale własnym.

Materiał i metody: W latach 2001–2008 wykonano 228 radykalnych przednich resekcji odbytnicy z zespoleniem esiczo-odbytniczym (operacja Dixon). Wszyscy chorzy mieli zaproponowany pooperacyjny nadzór onkologiczny. W ramach badań wykonywano m.in. USG jamy brzusznej i transrektalne, RM/TK jamy brzusznej i miednicy oraz badania endoskopowe.

Wyniki: Nawrót miejscowy zdiagnozowano w ciągu 60-miesięcznego okresu obserwacji u 15 (6,6%) chorych. U 7 (3%) chorych wykryto wznowę miejscową w okolicy zespolenia jelitowego. U 6 z nich (2,6%) potwierdzono obecność wznowy badaniem endoskopowym.

Wnioski:

1. Badanie endoskopowe jest skutecznym narzędziem wykrycia nawrotu w zespoleniu.
2. Rutynowe wykonywanie badania endoskopowego jest w stanie wykryć jedynie połowę wznow miejscowych.
3. Badania obrazowe są skuteczniejszą metodą diagnostyczną.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, wznowa miejscowa, nadzór pooperacyjny, endoskopia.

ABSTRACT

Introduction: Local recurrence is the second most frequent form of rectal cancer relapse. Its early diagnosis gives the possibility of radical treatment. Currently recognized standards of follow-up (ESMO, NCCN) include endoscopy examination held regularly in order to evaluate possible local relapse.

Purpose: Retrospective assessment of effectiveness of endoscopy examination in local recurrence diagnosis in respective material.

Material and methods: 228 radical anterior rectal cancer resection with sigmoid colon anastomosis were made (Dixon surgery) starting from

2001 until 2008. All the patients were proposed oncological supervision. The diagnosis included such examination as abdominal cavity ultrasound examination, transrectal ultrasonography, abdomen and pelvis MR/CT and endoscopy examination.

Results: Local relapse was diagnosed during 60-month-observation period among 15 (6.6%) patients. Local recurrence within intestine anastomosis was diagnosed among 7 (3%) patients. Among 6 (2.6%) out of them (2.6%) local recurrence was confirmed using endoscopy examination.

Conclusions:

1. Endoscopy examination is an effective tool of relapse disclosing in anastomosis.
2. Routine endoscopy examining gives chance to disclose only half of local recurrences.
3. Imaging examination is more effective diagnostic method.

Key words: rectal cancer, local recurrence, follow-up, endoscopy.

P-00234

CLINICAL SIGNIFICANCE OF PELVIC SIDE WALL LYMPH NODES OF LOW RECTAL CANCER: AN ACCURACY RATE OF PRE-OPERATIVE DIAGNOSIS BY GENERAL RADIOLOGISTS

Tanaka Soichi¹, Matsuda Yasuhide¹, Mori Takeo²

¹Department of Gastro-enterology, Matsuda Hospital, Hamamatsu, Japan

²Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Disease Center Komagome Hospital, Tokyo, Japan

ABSTRACT

Introduction: Pelvic side wall lymph node (PSW-LN) metastases are still regarded as a special issue in Western countries. The aim of this study is to clarify an accurate diagnostic rate of PSW-LN metastases by general radiologists.

Material and methods: Eighty one cases of low rectal cancer (within 6 cm from anal verge) operated with curative intent were evaluated. PSW-LN dissection was performed in selected cases. We compared imaging diagnosis by computed tomography (CT) with pathological diagnosis. A surgical outcome was calculated in accordance with pathological LN status: N0; N+ limited within meso-rectum; limited in PSW; observed in both meso-rectum and PSW.

Results: PSW-LN dissection was performed in 48 cases. Pathologically proved PSW-LN metastases were observed in 12 cases. A positive predictive value and a negative predictive value of CT diagnosis were 56.3% and 90.6% respectively. Five year survival rate in accordance with LN status was 92.0%, 56.0%, 68.6%, and 20% respectively.

Conclusions: Lymph node metastases in PSW were NOT rare. Surgical outcome of N+ limited in PSW was equivalent to those limited within meso-rectum. Low rate of under-diagnosis by general radiologists suggested that PSW-LN was not a special issue for managing low rectal cancer.

Key words: rectal cancer.

Chirurgia bariatryczna

P-00100

WPŁYW RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA NA HEMODYNAMIKĘ PRZEPŁYWU ŻYLNego KOŃCZYN DOLNYCH

IMPACT OF SLEEVE GASTRECTOMY ON VENOUS HEMODYNAMICS OF THE LOWER LIMBS

Maciej Wiewióra, Jerzy Piecuch, Marek Glück, Wojciech Żurawiński, Monika Szrot, Krystyn Sosada

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Wyniki badań wskazują, że otyłości towarzyszy zwiększone ryzyko chorób żył kończyn dolnych, jednak główne przyczyny prowadzące do rozwoju niewydolności żyłnej nie są znane.

Cel: Celem badania była ocena wpływu laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka na parametry hemodynamiczne przepływu żylnego kończyn dolnych u chorych otyłych.

Materiał i metody: W badaniu oceniono 17 pacjentów operowanych z powodu skrajnej otyłości, u których wykonano rękawową resekcję żołądka. Parametry przepływu krwi żylny badano przed operacją i 12 miesięcy po operacji. Oceniano średnicę i pole powierzchni żyły udowej oraz prędkość przepływu szczytową (PeakV) i średnią (MeanV) oraz uśrednioną w czasie prędkość przepływu maksymalnego (TA_{max}) i średniego (TA_{mean}).

Wyniki: Średnica i pole powierzchni żyły udowej zmniejszyły się istotnie 12 miesięcy po operacji. W okresie 12 miesięcy od operacji stwierdzono wzrost PeakV z 17,53 (14,25–20,01) do 25,1 (20,9–30,1) cm/s ($P = ,040$) oraz TA_{max} z 12,97 (11,51–14,6) do 18,46 (13,24–24,13) cm/s ($P = ,079$). Nie stwierdzono istotnych zmian w średniej prędkości przepływu krwi żylny.

Wnioski: Wyniki badania sugerują, że redukcja masy ciała spowodowana rękawową resekcją żołądka wpływa na szczytową i maksymalną prędkość przepływu w żyły udowej.

Słowa kluczowe: otyłość, hemodynamika przepływu żylnego, chirurgia otyłości.

ABSTRACT

Introduction: The results of studies suggest that obesity is associated with the increased risk of venous disease, but the main mechanisms contributing to development of the chronic venous disease are not clearly defined and needed investigation.

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effects of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) on venous hemodynamics of the lower limbs.

Material and methods: We studied 17 morbidly obese patients who underwent LSG. We investigated venous hemodynamics before 12 months after LSG. The femoral vein diameter, cross-sectional area (CSA), peak velocity (PeakV), mean velocity (MeanV), time-averaged maximum velocity (TA_{max}) and time-averaged mean velocity (TA_{mean}) were assessed.

Results: The diameter and CSA of the vein decreased significantly 12 months after LSG as compared with the baseline value. Venous hemodynamics parameters increased 12 months after surgery as compared to the baseline period: PeakV elevated from 17.53 (14.25-20.01) to 25.1 (20.9-30.1) cm/s ($P = .040$), TA_{max} from 12.97 (11.51-14.6) to 18.46 (13.24-24.13) cm/s ($P = .079$). TA_{mean} and MinV were not significant.

Conclusions: The study showed that the weight loss due to LSG effects significantly the peak and maximal venous blood flow of the lower limbs.

Key words: obesity, venous hemodynamics, bariatric surgery.

P-00103

WPŁYW OPERACJI BARIATRYCZNYCH NA PRZEBIEG CUKRZYCY TYPU 2

INFLUENCE OF BARIATRIC SURGERY ON TYPE 2 DIABETES

Wojciech Żurawiński¹, Krystyn Sosada¹,
Maciej Wiewióra¹, Janusz Jopek¹, Jerzy Piecuch¹,
Justyna Musiał², Daniel Okruta², Andrzej Kozłowski Jr²,
Monika Szrot¹

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

²Studenckie Koło Naukowe, Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Od wielu lat otyłość stanowi poważny problem społeczny na świecie. W Polsce otyłość olbrzymią rozpoznaje się u prawie 300 tys. osób. Według prognoz WHO w 2015 r. otyłość będzie występować u 2,3 mld ludzi na świecie. Otyłość wiąże się ze zwiększoną zapadalnością na zespół metaboliczny, w tym cukrzycę typu 2. Ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2

wzrasta 30–40-krotnie u osób z BMI > 35 kg/m². U osób otyłych z BMI > 35 kg/m² i zespołem metabolicznym oraz z BMI > 40 kg/m² niezależnie od występowania zespołu metabolicznego zaleca się leczenie operacyjne.

Cel: Celem pracy jest ocena wpływu operacji restrykcyjnych, operacji wyłączających i operacji restrykcyjno-wyłączających na przebieg cukrzycy typu 2 u osób z otyłością.

Materiał i metody: W latach 2002–2008 w Klinice leczono operacyjnie 45 chorych z otyłością i współistniejącą cukrzycą typu 2. W grupie tej było 12 mężczyzn i 33 kobiety, w tym 3 osoby z otyłością I stopnia, 8 osób z otyłością II stopnia i 34 z otyłością III stopnia. Do wszystkich z grupy badanej wysłano ankietę z pytaniami dotyczącymi zmian masy ciała od czasu operacji, dawek leków stosowanych w leczeniu cukrzycy, poziomów glikemii na czczo, epizodów hipoglikemii, schorzeń nerek i oczu, zmian diety i aktywności fizycznej w okresie pooperacyjnym.

Wyniki: U osób z otyłością i cukrzycą typu 2 stwierdzono spadek masy ciała wynoszący średnio 46,4 kg po operacjach wyłączających, 27,2 kg po operacjach restrykcyjnych i 23,0 kg po operacjach restrykcyjno-wyłączających. Spadek nadmiaru masy ciała wynosił w poszczególnych grupach chorych odpowiednio 55,2%, 45,2% oraz 47,5%. Zmniejszenie dawek leków stosowanych w leczeniu cukrzycy typu 2 stwierdzono u 80% chorych po operacjach wyłączających, u 50% po operacjach restrykcyjno-wyłączających i u 42% chorych po operacjach restrykcyjnych. Normoglikemia na czczo występowała u 100% chorych po operacjach wyłączających, u 67% chorych po operacjach restrykcyjnych i u 60% chorych po operacjach restrykcyjno-wyłączających.

Wnioski: Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy redukcją nadmiaru masy ciała a ustępowaniem objawów cukrzycy typu 2. Największą remisję objawów cukrzycy typu 2 stwierdzono po operacji wyłączenia żółciowo-trzustkowego.

Słowa kluczowe: operacje bariatryczne, cukrzyca typu 2.

ABSTRACT

Introduction: In Poland, severe obesity is diagnosed in nearly 300 thousand people. According to WHO forecasts, in 2015 obesity will occur in 2.3 billion people in the world. Obesity is associated with an increased prevalence of the metabolic syndrome including type 2 diabetes. The risk of developing type 2 diabetes is increased 30–40 fold for people with BMI > 35 kg/m². In obese with a BMI > 35 kg/m² and metabolic syndrome and with a BMI > 40 kg/m² regardless of the presence of the metabolic syndrome, surgery is recommended.

Purpose: Aim of this study is to evaluate the impact of the surgical restrictive treatment, excluding treatment or restrictive-excluding treatment on the course of type 2 diabetes in obese.

Material and methods: In 2002–2008 in the Department of Surgery, 45 patients were treated surgically with obesity and type 2 diabetes. In this group, there were 12 men and 33 women, including three patients with 1st stage obesity, 8 patients with 2nd stage obesity and 34 patients with 3rd stage obesity. For all of the study group were sent a questionnaire with questions concerning change in body weight since the surgery, drug doses used for type 2 diabetes treatment, levels of fasting blood glucose, episodes of hypoglycemia, kidney and eye diseases, changes in diet and physical activity in the postoperative period.

Results: In patients with obesity and type 2 diabetes average weight loss of 46.4 kg was reached after excluding treatment, 27.2 kg after restrictive treatment and 23 kg after restrictive-excluding treatment. The decrease of excess body weight was in particular groups of patients, respectively 55.2%, 45.2% and 47.5%. Reducing the dose of drugs used in the treatment of type 2 diabetes was found in 80% patients after excluding surgery, 50% patients after restrictive-excluding surgery and 42% patients after restrictive surgery. Fasting normoglycemia occurred in 100% patients after excluding surgery, 67% after restrictive surgery and 60% after restrictive-excluding surgery.

Conclusions: Positive correlation was found between the reduction of excess body weight and regression of symptoms of type 2 diabetes. The highest remission of symptoms of type 2 diabetes was found after biliopancreatic diversion.

Key words: bariatric surgery, type 2 diabetes.

P-00155

MANKIETOWA RESEKCJA ŻOŁĄDKA W LECZENIU OTYŁOŚCI OLBRZYMIJ**Hady Razak Hady, Jacek Dadan, Magdalena Łuba, Maria Sołdatow, Robert Zbucki**

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Resekcja rękawowa żołądka jest zabiegiem, który cieszy się rosnącą popularnością wśród chirurgów zajmujących się leczeniem otyłości, a wśród pacjentów uznaniem dla jej wpływu na utratę masy ciała. W Polsce LSG wykonuje się od 2005 r., przy czym również zauważalny jest wzrost z roku na rok.

Cel: Przedstawienie wpływu rękawowej resekcji żołądka na osoczowe stężenia greliny, insuliny, glukozy, trójglicerydów, cholesterolu całkowitego oraz jego frakcji HDL oraz LDL, aminotransferazy asparaginianowej i alaninowej u pacjentów z otyłością.

Materiał i metody: Badano 100 (n = 100) otyłych chorych, którzy zostali poddani leczeniu bariatrycznemu techniką resekcji makietowej żołądka w latach 2005–2009. 6-miesięczna obserwacja dotyczyła 48 mężczyzn oraz 52 kobiet. Średnie przedoperacyjne BMI wynosiło 52,15 ±8,5, a średnia masa ciała 151,2 ±25,19 kg. Przedoperacyjnie cukrzycę typu 2 rozpoznano u 39 chorych (39%), nadciśnienie u 56 (56%), a zespół bezdechów sennych u 31 (31%).

Wyniki: W trakcie 6-miesięcznej obserwacji stwierdzono istotne statystycznie obniżenie BMI, zwiększenie %EWL oraz %EBL. Istotne statystycznie obniżenie wartości BMI obserwowano już w 1. miesiącu po zabiegu w porównaniu z okresem przedoperacyjnym. Również po 3 i 6 miesiącach od zabiegu w tej grupie chorych obserwowano istotny statystycznie spadek BMI. Obserwowano również poprawę profilu lipidowego.

Wnioski: LSG powoduje wyraźną utratę masy ciała, która objawia się spadkiem BMI, co oznacza wzrost %EWL oraz %EBL. Wyżej opisana metoda niesie ze sobą korzyści w postaci poprawy metabolizmu insuliny, glukozy oraz lipidów. Spadek masy ciała jest przyczyną poprawy jakości życia, w tym zmniejszenia nasilenia objawów lub często ich eliminacji, m.in. zespołu metabolicznego i wielu schorzeń współistniejących.

Słowa kluczowe: mankietowa resekcja żołądka, chirurgia bariatryczna.

ABSTRACT

Introduction: Sleeve gastrectomy is a procedure which gains popularity among surgeons specialized in obesity treatment and among patients according to its influence on body mass loss. In Poland, laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) has been performed since 2005 and increase of the number of performed procedures is observed every year.

Purpose: Presentation of the influence of sleeve gastrectomy on plasma ghrelin, insulin, glucose, triglycerides, total, HDL and LDL cholesterol concentrations as well as aspartate and alanine aminotransferase in obese patients.

Material and methods: 100 obese patients (n = 100) were examined after laparoscopic sleeve gastrectomy between 2005 and 2009. 6-months observation included 48 men and 52 women. BMI was 52.15 ±8.5 and average body mass was 151.2 ±25.19 kg. Type 2 diabetes was recognized in 39 patients (39%), hypertension in 56 patients (56%) and sleep apnea syndrome in 31 patients (31%).

Results: During 6-months follow-up statistically significant decrease in BMI and increase in %EWL and %EBL have been observed. Statistically significant decrease in BMI value has been observed 1 month after the surgery in comparison to preoperative period. In this group of patients, 3 and 6 months after the surgery statistically significant decrease in BMI has been observed. Improvement of lipid profile during 6-months observation have been noticed.

Conclusions: LSG causes significant body mass loss which is connected with the decrease of BMI and increase of %EWL and %EBL. Described above method brings benefits such as improvement of insulin, glucose and lipids metabolism. Body mass loss improves quality of life of patients including reduction or total elimination of metabolic syndrome symptoms and many different co-morbidities.

Key words: laparoscopic sleeve gastrectomy, bariatric surgery.

P-00156

OPERACJE RESTRYKCYJNE: ZAŁOŻENIE REGULOWANEJ OPASKI ŻOŁĄDKOWEJ I MANKIETOWA RESEKCJA ŻOŁĄDKA W LECZENIU OTYŁOŚCI OLBRZYMIJ**Hady Razak Hady, Jacek Dadan, Magdalena Łuba, Piotr Myśliwiec, Maria Sołdatow, Jacek Pierko**

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Zabiegi bariatryczne przynoszą ze sobą znaczne korzyści metaboliczne dla dużego odsetka pacjentów: poprawiają metabolizm glukozy, przyczyniając się do poprawy lub całkowitego rozwiązania problemu cukrzycy typu 2, zmniejszają insulinooporność oraz łagodzą skutki zespołu metabolicznego.

Cel: Celem pracy była ocena wpływu LAGB oraz LSG na stężenie greliny, insuliny, glukozy, trójglicerydów, cholesterolu całkowitego, jego frakcji HDL i LDL oraz AST i ALT w osoczu u pacjentów z otyłością.

Materiał i metody: 200 chorych operowano w naszym ośrodku pomiędzy 2005 a 2009 r. sposobem LAGB (34 mężczyzn ze średnią wieku 37,0 ±12,6 lat i 66 kobiet ze średnią wieku 39,18 ±12,17) oraz LSG (48 mężczyzn ze średnią wieku 47,93 ±9,24 oraz 52 kobiet – 44,19 ±9,33). Oznaczenie %EWL, %EBL, stężenia greliny, insuliny, glukozy, trójglicerydów, cholesterolu, HDL, LDL, ALT, AST oraz wartości HOMA IR przeprowadzono przedoperacyjnie oraz w 7. dobie, 1., 3. i 6. miesiącu po operacji.

Wyniki: Zarówno po LSG, jak i po LAGB stwierdzono po 6 miesiącach od zabiegu istotne statystycznie obniżenie BMI, stężenia insuliny, glukozy oraz HOMA IR w porównaniu z wartościami przedoperacyjnymi. Chory z grupy LAGB wykazali wzrost greliny, a z grupy LSG spadek. Korelacje między glukozą a spadkiem BMI oraz między insuliną oraz spadkiem BMI w obu przypadkach są korzystniejsze w LSG. Parametry lipidowe oraz AST i ALT ulegały spadkom lub wzrostom w poszczególnych okresach pooperacyjnych. Doszło do istotnego zmniejszenia skutków zespołu metabolicznego, w tym cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego.

Wnioski: Obie operacje powodują utratę masy ciała i tą drogą prowadzą do zmiany stężenia greliny oraz poprawy metabolizmu insuliny, glukozy oraz lipidów, redukcji zespołu metabolicznego i wielu schorzeń współistniejących z otyłością.

Słowa kluczowe: operacje restrykcyjne, LAGB, LSG, chirurgia bariatryczna.

ABSTRACT

Introduction: Bariatric procedures bring many metabolic benefits for the large amount of patients: they regulate glucose metabolism along with improvement or total recovery of type 2 diabetes, reduce insulin resistance and moderate the symptoms of metabolic syndrome.

Purpose: The aim of the study was to evaluate the influence of LAGB and LSG on ghrelin, insulin, glucose, triglycerides, total, HDL and LDL cholesterol concentrations as well as AST and ALT in plasma of morbidly obese patients.

Material and methods: The study embraces 200 patients treated between 2005 and 2009 with LAGB (34 men, average age 37.0 ±12.6 and 66 women, average age 39.18 ±12.17) and LSG (48 men with average age 47.93 ±9.24 and 52 women – 44.19 ±9.33). Assessment of %EWL, %EBL, ghrelin, insulin, glucose, triglycerides, total, HDL, LDL cholesterol, ALT, AST concentration as well as HOMA IR value was conducted preoperatively and 7 days, 1 and 3 month after the surgery.

Results: 6 months after, both, LAGB and LSG, statistically significant decrease in BMI, insulin, glucose concentrations and HOMA IR value was observed in comparison to preoperative values. Patients after LAGB revealed increase of ghrelin concentration and in those after LSG, reduction of ghrelin concentration was observed. Correlations between glucose and BMI loss and between insulin and BMI loss were more beneficial after LSG. Lipid parameters as well as AST and ALT decreased or increased in different time points. Significant reduction of metabolic syndrome symptoms was observed including type 2 diabetes and hypertension.

Conclusions: Both procedures cause body mass loss and lead to changes in ghrelin concentration and improvement of insulin, glucose and lipids metabolism as well as to reduction of metabolic syndrome symptoms and many co-morbidities.

Key words: restrictive procedures, LAGB, LSG, bariatric surgery.

P

P-00158

WCZESNE I PÓŹNE POWIKŁANIA PO ZAŁOŻENIU REGULOWANEJ OPASKI ŻOŁĄDKOWEJ**Hady Razak Hady, Maria Sołdatow, Magdalena Łuba, Jerzy Robert Ładny, Jacek Dadan**

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Możliwe powikłania po założeniu regulowanej opaski żołądkowej to zsuniecie się opaski, jej migracja do światła żołądka, zakażenie okolicy opaski lub portu, poszerzenie zbiornika żołądkowego oraz poszerzenie i zapalenie przełyku, a także owrzodzenie żołądka w miejscu założonej opaski, rotacja żołądka, śródoperacyjne uszkodzenia przepony i perforacja żołądka, przeciek opaski lub nieszczelności między opaską oraz drenem łączącym lub drenem i portem, wymioty i zgaga, jak również brak utraty masy ciała.

Cel: Przedstawienie powikłań występujących po laparoskopowym założeniu regulowanej opaski żołądkowej na podstawie analizy materiału własnego.

Materiał i metody: W latach 2005–2010 z powodu otyłości olbrzymiej leczono 110 chorych metodą regulowanej opaski żołądkowej.

Wyniki: W analizowanym przez nas materiale u 36% operowanych wystąpiło przynajmniej jedno powikłanie. Obserwowane powikłania podzielono na wczesne, które wystąpiły do miesiąca po zabiegu, oraz na powikłania późne. Wśród powikłań wczesnych u dwóch pacjentów (1,8%) doszło do śródoperacyjnego uszkodzenia lewej przepony, u 1 (0,9%) operowanego chorego w czwartej dobie po zabiegu doszło do perforacji żołądka. Odnotowano również 2 (1,8%) przypadki zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych. Dokuczliwe wymioty zgłaszało 8 (7,27%) pacjentów. Objawy te najczęściej pojawiały się w krótkim okresie po regulacji opaski. Wśród obserwowanych powikłań późnych do najczęstszych należało zapalenie przełyku, które stwierdzono u 10 operowanych (9,09%). W 7 (6,36%) przypadkach doszło do zsunienia opaski. Infekcję i ropienie okolicy portu opaski obserwowano w 5 (4,54%) przypadkach. W okresie 18, 25, 36 i 42 miesięcy po zabiegu stwierdzono 4 przypadki (3,63%) migracji opaski do światła żołądka. W 3 (2,72%) przypadkach wystąpiło owrzodzenie żołądka w miejscu założonej opaski, u 3 (2,72%) operowanych obserwowano poszerzenie przełyku, a u 2 (1,8%) operowanych doszło do rotacji żołądka.

Wnioski: Pomimo stosunkowo prostej techniki operacyjnej LAGB obciążona jest dość dużą ilością powikłań śródoperacyjnych, wczesnych i późnych pooperacyjnych, zarówno łagodnych, jak i poważnych, a nawet zagrażających życiu.

Słowa kluczowe: powikłania, regulowana opaska żołądkowa, chirurgia bariatryczna.

ABSTRACT

Introduction: Possible complications after adjustable gastric banding include slippage of the band, its migration to the gastric lumen, infection of the area of band or port, broadening of gastric pouch, broadening or inflammations of the esophagus as well as gastric ulceration in the area of band, stomach rotation, perioperative injuries of the diaphragm and stomach perforations, leakages or fissures between the band and the drain or between the drain and the port, emesis, heartburn and lack of body mass loss.

Purpose: Presentation of complications connected with adjustable gastric banding basing on the analysis of own material.

Material and methods: Between 2005 and 2010, 110 patients were treated according to morbid obesity by laparoscopic adjustable gastric banding.

Results: In analyzed material, in 36% of patients at least 1 complication occurred. Observed complications were divided into early, which were observed during the first month after the surgery, and late. Among early complications, in 2 cases (1.8%) perioperative damage of left diaphragm occurred, in 1 case (0.9%), 4 days after the surgery, stomach perforation was noticed. 2 cases (1.8%) of thrombophlebitis in lower limbs were observed. Disturbing emesis was reported by 8 patients (7.27%). Aforementioned symptoms usually occurred in short time after the operation. Among observed late complications, the most frequent was esophagitis – in 10 cases (9.09%). In 7 cases (6.36%), slippage of the band was observed. Infection and abscession of the area of the port were noticed in 5 cases (4.54%). 18, 25, 36 and 42 months after the

surgery, 4 cases (3.63%) of migration of the band to the gastric lumen were observed, in 3 cases (2.72%) broadening of esophagus occurred and in 2 (1.8%) rotation of the stomach was noticed.

Conclusions: Despite the fact that LAGB is respectively easy technique, it is also connected with huge amount of perioperative as well as early and late postoperative complications, both, mild and severe and even life-threatening.

Key words: complications, adjustable gastric band, bariatric surgery.

Przepukliny brzuszne pierwotne i pooperacyjne – dostęp operacyjny i wskazania do leczenia operacyjnego

P-00082

PRZEPUKLINY BRZUSZNE PO OPERACJACH TĘŃNIAKÓW AORTY BRZUSZNEJ – WAŻNY PROBLEM KLINICZNY**Dariusz Janczak, Andrzej Litarski, Maciej Malinowski, Jerzy Pawełczyk, Lech Pawłowski**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Klasyczne zabiegi naprawcze tętniaków aorty brzusznej wiążą się z dużym ryzykiem powstawania przepuklin w bliźnie pooperacyjnej. W patofizjologii tętniaków i przepuklin brzusznych główną rolę odgrywa ją zaburzenia syntezy kolagenu oraz ich degradacja poprzez metaloproteiny. Częstość występowania przepuklin po operacjach z powodu tętniaków jest wyższa niż po innych operacjach brzusznych i dotyczy 10–60% przypadków.

Cel: Celem pracy jest ocena wyników leczenia przepuklin brzusznych po operacjach tętniaków aorty brzusznej.

Materiał i metody: W latach 2010–2013 w Klinice Chirurgicznej 4WSKzP wykonano hernioplastykę brzuszną u 16 pacjentów wcześniej operowanych z powodu tętniaka aorty brzusznej. Zabieg naprawczy przepukliny pooperacyjnej dotyczył 4 kobiet i 12 mężczyzn. W 15 przypadkach wrota przepukliny zaopatrzono materiałem syntetycznym posiadającym powierzchnię antyadhezyjną, umieszczając go dootrzewnowo. W jednym przypadku zastosowano technikę zdwojenia płatów powięziowych, a następnie, z powodu nawrotu, implantowano materiał syntetyczny.

Wyniki: Średni czas zabiegu operacyjnego wyniósł 90 min. Nie obserwowano powikłań śródoperacyjnych. Po zabiegu naprawczym przepukliny pooperacyjnej u trzech pacjentów stwierdzono obecność surowicza. Dwóch pacjentów zgłaszało silne dolegliwości bólowe, które stopniowo ustąpiły po zastosowaniu środków przeciwbólowych. W dwóch przypadkach doszło do nawrotu przepukliny brzusznej, w tym u pacjenta z wykonaną hernioplastyką metodą zdwojenia. Średni czas hospitalizacji wyniósł 4 dni.

Wnioski:

1. Pacjenci po operacjach tętniaków aorty brzusznej stanowią grupę zwiększonego ryzyka występowania przepuklin brzusznych ze względu na współistniejący defekt tkanki łącznej i osłabienie powłok brzusznych.
2. Operacje przepuklin brzusznych w tej grupie chorych są obciążone większym ryzykiem powikłań z powodu licznych chorób towarzyszących.
3. Jedyną alternatywą leczenia olbrzymich przepuklin brzusznych, po operacjach tętniaków aorty brzusznej, jest zastosowanie dootrzewnowej siatki syntetycznej.
4. Zastosowanie siatek syntetycznych umieszczanych dootrzewnowo jest bezpieczną metodą zaopatrywania wrót przepuklin, charakteryzującą się małą liczbą powikłań i nawrotów.

Słowa kluczowe: przepuklina pooperacyjna, tętniak aorty brzusznej.

ABSTRACT

Introduction: Classical abdominal aortic aneurysm repairs are connected to high risk of incisional hernias formation. Impaired collagen synthesis and collagen degradation due to activity of metalloproteinases are basic pathophysiologic mechanisms of both aneurysms and hernias. Incidence of incisional hernias after abdominal aortic aneurysm repairs is higher than after other abdominal surgeries and ranges from 10% to 60% of cases.

Purpose: Aim of this study is to analyze the results of treatment of abdominal hernia after abdominal aortic aneurysms repairs.

Material and methods: Between 2010 and 2013 hernioplasties were performed in 16 patients after abdominal aortic aneurysm repairs in Surgical Clinic of 4th Military Clinical Hospital. The surgeries were performed in 4 women and 12 men aged between 58 and 82. In 15 of cases hernial orifice was covered with synthetic mesh with anti-adhesion surface (Dualmesh, Tintera) that was placed intraperitoneally with adequate margin. In 1 case fascia doubling technique was first performed and followed by implantation of mesh due to recurrence.

Results: Average time of procedure equaled 90 minutes. None intra-operative complications were observed. Occurrence of seroma was discovered in 3 patients after hernia repairs. 2 patients complained of severe pains that gradually resolved after pain medication. In 2 cases incisional hernia recurred, including patient after repair with fascia doubling technique. Average hospital stay equaled 4 days.

Conclusions:

1. Patients after abdominal aortic aneurysm repairs are at higher risk of occurrence of incisional hernias due to connective tissue defect and weakening of abdominal wall.
2. Incisional hernia surgeries in those patients pose higher risk of complications due to numerous concomitant diseases.
3. Use of intraperitoneal synthetic mesh is the only alternative of treatment in patients with large incisional hernias after abdominal aortic aneurysm repairs.
4. Use of intraperitoneal synthetic mesh poses a safe method of covering hernia orifice that is characterized by low complication and recurrence rates.

Key words: incisional hernia, abdominal aortic aneurysm.

P-00094

LECZENIE PRZEPUKLIN PĘPKOWYCH Z DOJŚCIA LAPAROSKOPOWEGO (IPOM) W MATERIALE WŁASNYM

Wojciech Waliszewski, Piotr Kubacki, Mariusz Stawiński

Oddział Chirurgii Ogólnej i Laparoskopowej, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im J. Strusia w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Laparoskopowy wszczep dootrzewnowy techniką IPOM jest uznaną metodą leczenia przepuklin pępkowych. Korzyści wynikające z dostępu małoinwazyjnego są oczywiste: niski odsetek nawrotów, zmniejszenie ryzyka infekcji, operacje są dobrze tolerowane przez pacjentów. Wrota przepukliny są zamykane przez wszczep antyadhezyjny.

Cel: Celem pracy jest ocena bezpieczeństwa i skuteczności laparoskopowego leczenia przepuklin pępkowych techniką IPOM z zastosowaniem jedno- i dwuwarstwowego wszczepu antyadhezyjnego.

Materiał i metody: W okresie od listopada 2010 r. do maja 2013 r. z powodu przepuklin pępkowych operowano 43 pacjentów. Operowano 10 kobiet i 33 mężczyzn. Wskazaniem do zabiegu były przepukliny średniej wielkości, tzn. powyżej 2 cm, i duże, tj. powyżej 4 cm. U wszystkich pacjentów zastosowano beznapięciową technikę IPOM z dostępu laparoskopowego z antyadhezyjnym wszczepem jedno- lub dwuwarstwowym. Trokar optyczny 10 mm wprowadzano z flanki bocznej lewej w linii pachowej przedniej. Pozostałe 2 trokary robocze umieszczano pod kontrolą wizji, 2 × 5 mm lub 10 mm i 5 mm. Wrota przepukliny zaopatrywano wszczepem o średnicy od 9 do 14 cm. Technika fiksacji wszczepów polegała na ułożeniu ich za pomocą szwów pozycjonujących, fiksacji wkretami wchłaniającymi techniką „podwójnej korony” oraz na zastosowaniu szwów o długim okresie wchłaniania przechodzących przez powłoki brzuszne i wszczep oraz wiązanych podskórnice. Stosowano 2–6 szwów w zależności od rozmiarów przepukliny.

Wyniki: Wszyscy pacjenci pionizowani byli w 0 lub 1. dobie pooperacyjnej. Wypis ze szpitala w 1. lub 2. dobie pooperacyjnej. Grupa pacjentów ze zwiększonym odczuciem bólowym to chorzy, u których wprowadzono więcej niż 15 wkretów wchłaniających. Nie stwierdzono powikłań septycznych, niedrożności, przetok. Nawrót zaobserwowano w jednym przypadku, pacjenta reoperowano.

Wnioski: Sądymy, że technika IPOM w leczeniu przepuklin pępkowych jest skuteczna i bezpieczna. Obiecujące rezultaty wymagają potwierdzenia w dłuższej obserwacji chorych.

Słowa kluczowe: przepuklina pępkowa, IPOM, wszczep antyadhezyjny.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic IPOM repair is established technique from the cure of umbilical hernia. The advantages of minimal access surgery are evident: lower recurrence rate, reduced risk of infection, and obviously faster recovery of the patient.

Purpose: The aim of this study was to determine safety and efficacy of laparoscopic repair of umbilical hernia (IPOM).

Material and methods: From November 2010 to May 2013, a total of 43 patients were treated for umbilical hernia; 10 female and 33 male. In case of all patients was used the same tension – free technique (IPOM). We have implanted the mesh size 9-14 cm via a left flank. Abdominal cavity access was performed by 10 mm optical port in the left side and two 5 mm (or 5 mm and 10 mm) working ports. We have used 2 to 6 transabdominal sutures tied in subcutaneous tissue to improve correct position and mesh fixation. Patients underwent laparoscopic hernia repair with absorbable tack fixation (double crown technique).

Results: There was no relapse and septic outcome. No additional complication was reported: no occlusion, no fistula was observed. There was 1 hernia recurrence. The patient was re-operated laparoscopically. The hospital day was 2-3 days.

Conclusions: We consider this technique (IPOM) effective and safe. This promising results need to be confirmed with longer follow-up.

Key words: umbilical hernia, laparoscopic repair, IPOM.

P-00121

OPERACYJNE LECZENIE DUŻYCH PRZEPUKLIN POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ

Dariusz Tomaszewski, Janusz Świątkiewicz, Jacek Kurnicki, Natalia Wrześcińska, Maciej Skórski

Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Wstęp: Wprowadzenie metody wewnątrzotrzewnowej naprawy przepuklin brzusznych (*intraperitoneal onlay mesh technique* – IPOM) pozwoliło na zaopatrywanie nie tylko pojedynczych, małych ubytków w powłokach, lecz także dużych przepuklin jamy brzusznej, zarówno pierwotnych (pępkowe, kresy białej), jak i pooperacyjnych.

Materiał i metody: Preferowaną przez nas metodą zaopatrywania dużych przepuklin jamy brzusznej (pojedyncza przepuklina z wrotami powyżej 10 cm lub przepukliny mnogie – wielokomorowe) jest metoda IPOM. Przy operacji stosujemy zazwyczaj cztery dojścia laparoskopowe ze względu na duże rozmiary wszywanych siatek i łatwość oraz pewność ich mocowania. Siatka mocowana jest techniką „double crown” przy zredukowanym ciśnieniu wewnątrzbrzusznych oraz założonych szwach zbliżających brzozi przepukliny. Po operacji stosujemy kompresję powłok jamy brzusznej z użyciem taśm samoprzylepnych oraz pasów przepuklinowych. Operowani pacjenci są pod naszą kontrolą przez pierwszy rok od wykonania operacji (1, 3, 6, 12 miesięcy). Przedstawiony materiał wideo pokazuje kolejne etapy operacji.

Wnioski: Stosowana przez nas metoda jest przydatna do zaopatrywania dużych ubytków w ścianie jamy brzusznej. Cechuje się zdecydowanie mniejszym odsetkiem nawrotów, powikłań pooperacyjnych oraz łatwością wykonywanej procedury (doświadczony zespół chirurgiczno-anestezjologiczny), jak i pooperacyjnym komfortem dla pacjenta.

Słowa kluczowe: przepuklina pooperacyjna, przepuklina pępkowa, IPOM, laparoscopia, operacja laparoskopowa.

ABSTRACT

Introduction: The introduction of laparoscopic ventral hernia repair (*intraperitoneal onlay mesh technique* – IPOM) allowed us to supply not only the individual, small cavity hernias, but also large abdominal hernias, both primary (umbilical, linea alba) and secondary.

Material and methods: Our preferred method of supplying large abdominal hernias (hernia of a single cavity above 10 cm, or multiple hernia) is an IPOM technique. During large hernia operation we typically use four trocar approach due to the large size of the inserted meshes. This allows ease and confidence of their attachment. Mesh fixation technique is “double crown” at the reduced intra-abdominal pressure and seams approximating the edges of the hernia. After surgery, use of ab-

dominal compression using adhesive tapes and hernia belt. Operated patients are under our control during the first year after the operation (1, 3, 6, 12 months). The present video shows sequential steps of the procedure.

Conclusions: The method we used is useful for supplying large defects in the abdominal wall. It is characterized by much lower rates of recurrence, postoperative complications, and ease of operation carried out (an experienced team of surgical and anesthetic) and postoperative comfort for the patient.

Key words: incisional hernia, umbilical hernia, IPOM, laparoscopic, laparoscopy, laparoscopic repair.

uate surgical treatment of simultaneous treatment of incisional hernia performed together with abdominoplasty.

Purpose: The aim of this study was to evaluate surgical treatment of simultaneous treatment of incisional hernia performed together with abdominoplasty.

Material and methods: In the period of 2010-2012 in our center simultaneous abdominoplasty and ventral hernia repair were performed in 41 patients. Majority of them were woman who underwent gastric bypass procedure. Postoperative hernia were diagnosed in 26 patients out of this group, including 5 trocar site hernia, and in 15 cases umbilical hernia were revealed, while in 6 cases umbilical and postoperative hernias were coexisting. In all of these cases sublay open hernia repairs were performed and light polypropylene meshes were used. All group of patients were equipped with elastic bells straight after the surgical procedure.

Results: Mean duration time of the operation was 98 min, weight of excised abdominal fold varied from 1700 g to 9700 g. Mean hospitalization time was 4.2 days. In the follow-up period 5 seromas were observed, and in two cases single puncture was necessary, in one of these cases there was a need of the repetition of procedure. In one case marginal skin necrosis was revealed and its early resection was performed. One case of wound infection was observed and patient was treated with the negative pressure therapy. No recurrent hernia in the follow-up period was observed.

Conclusions: Simultaneous abdominoplasty together with incisional hernia repair with light polypropylene mesh usage is safe method and it brings good cosmetic results and low complication rate, in the other hand patients do not have to be referred for two separated surgical procedures.

Key words: incisional hernia, abdominoplasty.

Profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej – od teorii do praktyki

P-00080

ROPIEŃ ŚLEDZIONY U PACJENTA PO IMPLANTACJI MECHANICZNEGO WSPOMAGANIA KOMORY ZA POMOCĄ POMPY HEART WARE®

Sławomir Gajda¹, Grzegorz Religa², Andrzej Misiak¹, Anna M. Szczepanik³, Konrad Pielaciński¹, Andrzej B. Szczepanik¹

¹Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Klinika Chirurgii Ogólnej i Hematologicznej, Warszawa

²Instytut Kardiologii, Klinika Kardiologii i Transplantologii, Warszawa

³Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Mechaniczne wspomaganie serca jako metoda leczenia skrajnej niewydolności serca obciążone jest ryzykiem powikłań zatorowych i infekcyjnych sięgającym 15–25%, pomimo prawidłowo prowadzonego leczenia. Ropień śledziony jako powikłanie implantacji sztucznej komory serca spostrzega się niezwykle rzadko.

Cel: Przedstawienie strategii postępowania okołoperacyjnego u pacjenta z ropniem śledziony otrzymującego pełne leczenie antykoagulatoryjne z powodu wszczepionej sztucznej komory serca.

Materiał i metody: 45-letni chory po wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora z funkcją desynchronizacji komór (2007) z powodu zaburzeń rytmu serca oraz po implantacji mechanicznego wspomaganie komory za pomocą pompy Heart Ware® z jednoczesną plastyką zastawki trójdzielnej (2010) z powodu nadciśnienia płucnego, jako pomostu do przeszczepienia serca, został przyjęty do Kliniki z rozpoznaniem dwóch ropni śledziony w badaniu TK. Trzy miesiące przed obecną hospitalizacją pacjent przeżył zakażenie skóry w miejscu wyjścia kaniuli łączącej sztuczną komorę z jednostką zewnętrzną i był leczony antybiotykami o szerokim spektrum. Pacjent przewlekle leczony przeciwzakrzepowo doustnym antykoagulantem i kwasem acetylosalicylowym został zakwalifikowany do splenektomii. Siedem dni przed operacją wstrzymano leczenie aspiryną i włączono heparynę drobnocząsteczkową (HDCz, Clexane®) w dawkach leczniczych. Cztery dni przed zabiegiem wstrzymano podawanie acenokumarolu. Trzy dni przed operacją zamieniono HDCz na heparynę niefrakcjonowaną (HNF) we wlewie ciągłym, utrzymując czas kaolinowo-kefalinowy dwukrotnie powyżej normy.

P

P-00168

WYNIKI JEDNOCZASOWEGO LECZENIA PRZEPUKLIN PODCZAS ZABIEGU ABDOMINOPLASTYKI U CHORYCH PODDANYCH LECZENIU BARIATRYCZNEMU

Justyna Bigda¹, Łukasz Kaska¹, Monika Proczko-Markuszczyńska¹, Tomasz Stefaniak¹, Jerzy Jankau², Zbigniew Śledziński¹

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

²Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Chorzy z patologiczną otyłością leczeni operacyjnie, po dużej utracie wagi i jej stabilizacji, wymagają często korekcyjnej olbrzymiego fałdu skórno-tłuszczowego. Obecność dość dużej blizny pooperacyjnej i dodatkowo przepukliny w bliżniej pooperacyjnej lub współistniejącej przepukliny typu *trocar site hernia* jest często czynnikiem dyskwalifikującym chorego z jednoczasowego zabiegu abdominoplastyki i naprawy przepukliny.

Cel: Celem pracy była ocena wyników leczenia chirurgicznego polegającego na wykonaniu abdominoplastyki z jednoczasową naprawą współistniejących przepuklin.

Materiał i metody: W latach 2010–2012 w naszym ośrodku wykonano jednoczasowe zabiegi abdominoplastyki z naprawą przepukliny u 41 chorych po chirurgicznym leczeniu bariatrycznym. Większość grupy stanowiły kobiety po zabiegu *Roux en Y gastric by-pass*. Przepukliny w bliznach pooperacyjnych zdiagnozowano u 26 spośród nich, w tym u 5 chorych były to *trocar site hernia*, a u 15 chorych występowały przepukliny pępkowe, w 6 przypadkach obie te przepukliny współistniały. Wszystkie przepukliny zaopatrywano z użyciem siatek polipropylenowych lekkich, umieszczając je w przestrzeni przedotrzewnowej. Chorzy w dniu zabiegu zaopatrywani byli w pasy przepuklinowe, natychmiast po zakończeniu procedury chirurgicznej.

Wyniki: Średni czas zabiegu operacyjnego wynosił 98 min, ciężar odciętego fałdu skórno-tłuszczowego wynosił od 1700 g do 9700 g. Średni czas pobytu w szpitalu po zabiegu operacyjnym 4,2 dnia. W okresie pooperacyjnym u 5 chorych stwierdzono surowiczkę, w dwóch przypadkach wymagającą jednorazowego nakłucia, w jednym przypadku nakłucia powtarzano czterokrotnie. W jednym przypadku obserwowano martwicę brzożną skóry wymagającą wczesnego wycięcia. W jednym przypadku wystąpiła masywna infekcja rany pooperacyjnej wymagająca gojenia z użyciem terapii podciśnieniowej. W okresie obserwacji nie stwierdzono ani jednego przypadku nawrotu przepukliny.

Wnioski: Jednoczasowa abdominoplastyka połączona z naprawą przepuklin z użyciem wszczepu syntetycznego jest metodą bezpieczną, przynosi dobre efekty kosmetyczne oraz niski odsetek powikłań, a jednocześnie nie naraża pacjenta na dodatkowy zabieg operacyjny.

Słowa kluczowe: przepuklina pooperacyjna, abdominoplastyka.

ABSTRACT

Introduction: Patient with morbid obesity, who underwent bariatric treatment very often suffer from huge abdominal fold after losing and stabilisation of body weight. Presence of ventral hernia in postoperative scar or trocar site hernia and sometimes coexistence of umbilical hernia may be disqualifying factor from simultaneous surgical treatment (abdominoplasty and hernia treatment). The aim of this study was to eval-

Wyniki: Chorego poddano splenektomii klasycznej, śródoperacyjnie stwierdzając dwa ropnie śledziony średnicy 9 cm i 3 cm. Przebieg śródoperacyjny i pooperacyjny był niepowikłany. Leczenie HNF kontynuowano przez 6 dni po operacji, w 4. dobie po operacji włączono leczenie doustnym antykoagulantem. Pacjent został wypisany w 7. dobie po operacji z raną zagojoną przez rychłozrost.

Wnioski: Operację przeprowadzono bezpiecznie, bez żadnych powikłań zakrzepowych i krwotocznych, stosując antykoagulację w pełnych dawkach leczniczych.

Słowa kluczowe: ropień śledziony, sztuczna komora serca, antykoagulacja.

ABSTRACT

Introduction: Mechanical circulatory support for advanced heart failure is burdened with a 15-25% risk of thromboembolic and infectious complications despite proper treatment and prophylactic management. Splenic abscess following implant of mechanical ventricular support is an extremely rare entity.

Purpose: The aim of this paper is to present a strategy of perioperative management of the patient with splenic abscess receiving full antithrombotic treatment due to implanted heart pump ventricular support.

Material and methods: A 45 year old patient implanted with cardioverter-defibrillator with ventricular desynchronization for cardiac insufficiency (2007) and with Heart Ware® pump ventricular support for pulmonary hypertension and concomitant tricuspid valvoplasty (2010), as bridge to transplant, was admitted to the Department with CT-confirmed two splenic abscesses. Three months prior to admission skin infection was observed at exit site of cannula connecting artificial ventricle with external unit; the patient was treated with three broad-spectrum antibiotics. The patient was on long term antithrombotic treatment with oral anticoagulant and acetylsalicylic acid. He was qualified for splenectomy. Aspirin was discontinued 7 days before surgery and the patient was given therapeutic doses of low molecular weight heparin (LMWH, Clexane®). Acenocumarol was discontinued 4 days before surgery and on the following day LMWH was substituted by continuous intravenous infusions of unfractionated heparin (UFH) to maintain Kaolin-cephalin clotting time at twice the normal range.

Results: The patient underwent classic splenectomy which revealed two splenic abscesses (9 and 3 cm in diameter); the former located in the upper splenic pole was found accreted to the diaphragm. Peri- and postoperative course was uneventful. UFH therapy was continued for 6 days; on day 4 oral anticoagulation was introduced. The patient was discharged from hospital on postoperative day 7 with primary healed wound.

Conclusions: Splenectomy proceeded safely, with no thromboembolic or haemorrhagic complications, applying anticoagulation with full doses.

Key words: splenic abscess, artificial heart ventricle, anticoagulation.

P-00215

WŁASNE BAKTERIE KOLONIZUJĄ TKANKĘ NACZYNIOWĄ I OKOŁONACZYNIOWĄ PODUDZIA I UDA W NIEDOKRWIONYCH KOŃCZYNACH

Waldemar L. Olszewski¹, Piotr Andziak²,
Maria Mościcka-Wesołowska¹, Marzanna Zaleska¹,
Ewa Swoboda-Kopec³, Ewa Stelmach¹

¹Institut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN w Warszawie

²Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie

³Katedra i Zakład Bakteriologii Lekarskiej, WUM w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Bez odpowiedzi pozostaje pytanie, czy zmiany zapalne tętnic kończyn dolnych w miażdżycy powodującej niedokrwienie mogą być wywołane lub nasilane przez bakterie normalnie zasiedlające stopę i podudzie.

Cel: Identyfikacja bakterii w pęczkach naczyniowych kończyn dolnych.

Materiał i metody: Pobierano fragmenty miażdżycowo zmienionych tętnic: piszczelowej, podkolanowej i udowej, z amputowanych kończyn celem wykrycia i identyfikacji bakterii i ich DNA metodą PCR, dla (i)

konserwowanego regionu 16sRNA oraz (ii) CP HP. Tętnice od dawców narządów służyły jako kontrole. Porównania dokonano z blaszkami z tętnicy szyjnej oraz fragmentami aorty piersiowej uzyskanych podczas operacji CABG. Wyniki bakteriologiczne korelowano ze zmianami immunohistochemicznymi ścian tętnic i tkanki okołonaczyniowej.

Wyniki: Fragmenty tętnic udowych i podudzia zawierały szczepy bakteryjne i/lub ich DNA, podczas gdy w tętnicach zdrowych dawców narządów i tętnicach szyjnych i aorcie bakterie były wykrywane tylko sporadycznie. W naczyniach limfatycznych kończyn dolnych komórki bakteryjne wykryto w 76% próbek, podczas gdy w kontroli w 10%. Izolaty z tętnic kończyn i naczyń chłonnych należały w większości do koagulazo-ujemnych *Staphylococcus aureus* wrażliwych na metycylinę. Ocena immunohistopatologiczna ścian tętnic wykazała obecność gęstych nacieków makrofagalnych i granulocytów.

Wnioski: Własne szczepy bakteryjne mogą być odpowiedzialne za nacieki granulocytarne i makrofagalne zmian w ścianach tętnic i w tkance okołonaczyniowej niedokrwionych kończyn dolnych i pogłębiać zmiany obturacyjne.

Słowa kluczowe: bakterie.

ABSTRACT

Introduction: An unanswered question remains whether infection of lower limb arteries by bacteria normally colonizing foot and calf may aggravate inflammatory and occlusive atheromatous changes and be a secondary destructive factor.

Purpose: Detection of microbes in vascular bundles of lower limbs.

Material and methods: Atherosclerotic tibial, popliteal and femoral arterial walls were harvested from amputated limbs for identification of bacteria and their DNA using PCR, targeting (i) conserved region 16sRNA and (ii) CP and HP. Arteries from organ donors were used as controls. Comparisons were made with thrombendarterectomized carotid plaques and punch fragments of thoracic aorta obtained during CABG operation. Moreover, bacteriological findings were correlated with immunohistochemical changes in arterial wall and periarterial tissue.

Results: a) specimens of atherosclerotic calf and femoral arteries contained bacterial isolates and/or their DNA, whereas, in normal cadaveric organ donors' limb arteries or patients' carotid arteries and aorta bacteria they were detected only sporadically, b) lower limb lymphatics contained bacterial cells in 76% of specimens, whereas controls in 10%, c) isolates from limb arteries and lymphatics belonged in majority to the coagulase-negative staphylococci and *S. aureus*, however, other highly pathogenic strains were also detected, d) immunohistopathological evaluation of limb arterial walls showed dense focal infiltrates of macrophages and granulocytes.

Conclusions: Own bacterial isolates can be responsible for dense neutrophil and macrophage infiltrates of atherosclerotic walls and periarterial tissue in lower limb and aggravate the ischemic changes.

Key words: bacteria.

P-00216

MIKROORGANIZMY W ŚCIANIE ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH

Waldemar L. Olszewski

Institut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN, Klinika Chirurgii Ogólnej CSK MSWiA w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Czynniki warunkujące zmiany w ścianie żyły prowadzące do powstania żyłaka nie są jasne. Jedną z koncepcji zakłada, że uszkodzenie następuje z powodu częstego kontaktu śródbłonna dużych żył z bakteriami drenowanymi ze skóry stopy i następczego odczynu zapalnego uszkadzającego strukturę elastyczne ściany.

Cel: Celem pracy były próby wykrywania antygenu bakteryjnego w ścianie żyłaków.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono u 100 chorych z żyłakami kkd o długości procesu powyżej 5 lat, bez zmian skórnych w kkd. Fragment żyłaka pobierano w warunkach pełnej aseptyki z przyśrodkowej powierzchni podudzia. Jako kontrole pobierano fragment żyły odpiszczelowej i udowej od martwych dawców narządów. Fragmenty były badane:

1) bakteriologicznie (hodowla) i 16sRNA (PCR), 2) w teście wszczepiania do myszy SCID (nie odrzuca ludzkich tkanek) na reakcję makrofagalną (w przypadku obecności bakterii w przeszczepie), 3) immunohistologicznie w preparacie przeszczepianym i 7, 14 i 28 dni po przeszczepie.

Wyniki: Obecność izolatów bakteryjnych stwierdzono w 40% pobranych fragmentów (w skórze w mcu nacięcia 4%), a DNA bakteryjnego w 52%. Fragmenty z wykrywanymi bakteriami dawały wyraźny odczyn makrofagalny (+++). Fragmenty bez izolatów, ale 16sRNA-pozytywne powodowały nacieki średniego stopnia (+ do ++). Fragmenty żyły udowej nie powodowały odczynu zapalnego.

Wnioski: Ściana żyłaków kkd zawiera w wysokim procencie przypadków antygen lub DNA bakteryjne i daje odczyn makrofagalny. Lokalizacja antygeny jest badana.

Słowa kluczowe: bakterie.

ABSTRACT

Introduction: We identified bacterial cells and their DNA in varicose veins (C2 CEAP classification) and venous ulcers (C5-6) with respect to frequency of phenotypes and similarities in veins and ulcers.

Purpose: Identification of microbes in leg veins.

Material and methods: Studies were carried out in 100 randomly selected patients with varicose veins (C2) and 50 patients with leg ulcers (C5-6). Saphenous vein specimens were harvested during elective operations, whereas controls from organ donors. Ulcer tissue biopsies were made. Bacteriology (culture, 16sRNA and genetic similarity using pulse electrophoresis) and immunohistochemical staining were done.

Results: Bacterial isolates were identified in varicose veins in 40% of specimens and bacterial 16sRNA (DNA) in 52%. Control veins were positive in 4%. Skin at disinfected incision site for vein harvesting contained proliferating bacteria in 4%. Venous ulcers were infected in 100%. Veins and ulcer granulation tissue were colonized by Staphylococci both aureus and coagulase-negative, however, ulcers also revealed presence of gram-negative bacilli. Genetic similarities between skin and vein staphylococci was found in 85%. Fifty-two percent of varicose vein specimens were infiltrated by granulocytes and macrophages.

Conclusions: Bacterial colonization may be a factor in the pathomechanism of damage of lower limb superficial veins (varices) and facilitating formation of venous ulcers.

Key words: bakteries.

Przerzuty z raka jelita grubego do wątroby

P-00036

PREDYKCJA PRZEŻYCIA CHORYCH Z NIERESEKCYJNYMI PRZERZUTAMI RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY

Wacław Hołówko, Michał Grąt, Barbara Hinderer, Izabela Orlińska, Marek Krawczyk

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Przerzuty do wątroby są diagnozowane synchronicznie z guzem pierwotnym u 25% chorych z rakiem jelita grubego. Połowa z pozostałych rozwinięta przerzuty do 3 lat od resekcji jelita. Obecnie jedynym radykalnym leczeniem guzów przerzutowych jest resekcja wątroby. Chorzy, którzy nie zostaną poddani takiemu leczeniu, cechują się 2-procentowym przeżyciem po 5 latach.

Celem pracy było określenie czynników predykcyjnych odległego przeżycia w grupie pacjentów z nieresekcyjnymi przerzutami raka jelita grubego do wątroby.

Materiał i metody: Spośród 1029 chorych z przerzutami raka jelita grubego do wątroby, leczonych w latach 2006–2012, wybrano tych, u których śródoperacyjnie odstąpiono od wykonania resekcji. Pełne dane były możliwe do uzyskania u 85 chorych, których następnie włączono do retrospektywnej analizy. Na podstawie dokumentacji zebrano dane dotyczące wieku, płci, charakterystyki guzów pierwotnych i wtórnych, przyczyn odstąpienia od resekcji oraz zastosowania chemioterapii neoadjuwantowej i miejscowego leczenia guzów wątroby. Wzięto pod uwagę również przedoperacyjne stężenie markerów nowotworowych CEA

i CA19.9 w surowicy krwi. W analizie statystycznej zastosowano regresję Coxa, estymator Kaplana-Meiera oraz test Log-rank.

Wyniki: Najczęstszą przyczyną odstąpienia od wykonania resekcji wątroby była zbyt duża liczba guzów w 31 przypadkach (36,5%) oraz przerzuty pozawątrobowe w 19 (22,4%). Według analizy jednoczynnikowej, stężenie CEA w surowicy krwi ($p = 0,032$; HR = 1,002) oraz obecność zmian pozawątrobowych ($p = 0,037$; HR = 2,06) były predyktorami gorszego przeżycia. W analizie wieloczynnikowej stężenie CEA ($p = 0,017$; HR = 1,002) było niezależnym predyktorem, podczas gdy pozawątrobowe ogniska przerzutowe ($p = 0,059$; HR = 2,09) nie uzyskały granicy istotności statystycznej. Całkowite przeżycie dla całej grupy chorych wyniosło 56,1% i 15,5% odpowiednio po 1 i 3 latach.

Wnioski: Stężenie markera nowotworowego CEA w surowicy krwi jest niezależnym predyktorem gorszego przeżycia, choć obecność przerzutów pozawątrobowych wykazuje podobną tendencję. Być może powiększenie grupy badanej pozwoli na uzyskanie granicy istotności statystycznej i tym samym potwierdzi istnienie ognisk pozawątrobowych jako kolejnego czynnika predykcyjnego.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, przerzuty do wątroby, nieresekcyjne przerzuty, antygen rakowo-płodowy.

ABSTRACT

Introduction: Liver metastases are diagnosed simultaneously to primary tumor in approximately 25% of patients with colorectal cancer. Around half of the rest of the patients develop liver metastases within 3 years after primary tumor resection. The only radical treatment for metastases is liver resection. Patients who do not undergo surgical excision, survive 5 years in only 2% of the cases.

Purpose: The aim of this study was to evaluate the predicting factors for long-term survival in group of patients with unresectable colorectal liver metastases.

Material and methods: Patients who underwent a laparotomy with an intention of liver resection for colorectal liver metastases were selected among 1029 patients with colorectal liver metastases treated between 2006 and 2012. Complete data were available for 85 patients, who were afterwards included in the retrospective analysis. Per-operative assessment of liver metastases and cause of unresectability were obtained based on the operative charts data. Moreover, data of age, gender, primary tumor localization, neoadjuvant chemotherapy, local treatment, pre-operative serum CEA and CA 19-9 concentration were collected. Cox regression, Kaplan-Meier estimator and Log-rank test were applied in the statistical analysis.

Results: The most frequent reasons for the resignation of liver resection were the number of metastases in 31 cases (36.5%) and extra-hepatic disease in 19 cases (22.4%). According to univariate analysis, serum CEA concentration ($p = 0.032$; HR = 1.002) and extrahepatic metastases ($p = 0.037$; HR = 2.06) were the predictors of poor survival. Multivariate analysis revealed that CEA concentration ($p = 0.017$; HR = 1.002) was an independent predictor whereas extrahepatic metastases ($p = 0.059$; HR = 2.09) were just above the value of statistical significance. The overall 1-year and 3-year survival rates were 56.1% and 15.5% respectively.

Conclusions: Pre-operative serum CEA concentration is the independent predictor of worse survival, whereas existence of extra-hepatic metastases demonstrates similar tendency. Perhaps the larger study group would provide statistical significance, and thereby confirm the existence of extrahepatic metastases as another predictor.

Key words: colorectal cancer, liver metastases, unresectable metastases, carcinoembryonic antigen.

P-00108

ZNACZENIE RERESEKCJI WĄTROBY W LECZENIU CHORYCH Z NAWROTAMI PRZERZUTÓW RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY

Krzysztof Dudek, Oskar Kornasiewicz, Krzysztof Zieniewicz, Marek Krawczyk

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Chirurgiczne leczenie przerzutów raka jelita grubego do wątroby jest jednym z kluczowych elementów terapii chorych z tego

rodzaju nowotworem. Reresekcja wątroby jest jednym z elementów leczenia nawrotu choroby przerzutowej do wątroby.

Cel: Celem pracy była ocena wpływu kolejnej resekcji wątroby na przeżycie chorych z przerzutami raka jelita grubego do wątroby.

Materiał i metody: W Klinice od stycznia 2006 r. do marca 2011 r. leczonych było 454 chorych z przerzutami raka jelita grubego do wątroby. W ocenianej grupie w 62 przypadkach wykonano reresekcję przerzutów z wątroby. W grupie chorych z wykonaną reresekcją wątroby było 30 kobiet i 32 mężczyzn.

Wyniki: Reresekcja wątroby dotyczyła 7,32% chorych, średni czas pomiędzy resekcją a reresekcją wątroby wyniósł 26,25 miesiąca, średni czas pojawienia się wznowy od momentu pierwszej resekcji przerzutów z wątroby wyniósł 12,85 ± 13,85 miesiąca. W przypadku 67,74% chorych stwierdzana była progresja choroby nowotworowej po leczeniu chemicznym zastosowanym przed pierwszą resekcją przerzutów z wątroby. U 50% chorych pierwotne zmiany przerzutowe były pojedyncze, zmiany dwuogniskowe dotyczyły 25,80%, a powyżej trzech ognisk – 12,90%. Średnica przerzutów > 50 mm dotyczyła 80,64%. Wartość CA 19-9 > 100 j.m/ml – 21 chorych (33,87%), a CEA > 100 ng/ml – 17 chorych (27,41%). Każdy z elementów oceny uwzględniono w analizie czynników ryzyka nawrotu choroby nowotworowej. Chorzy mający więcej niż 4 czynniki ryzyka stanowili 48,38%. Całkowite roczne, 3- i 5-letnie przeżycia po resekcji i reresekcji wątroby wyniosły odpowiednio: 87,37% vs 93,55%, 59,88% vs 64,17% i 47,73% vs 37,74% ($p > 0,05$). W porównaniu grupy osób z > 4 czynnikami ryzyka z chorymi z < 4 czynnikami przeżycia roczne, 3- i 5-letnie wyniosły odpowiednio: 90,32% vs 95,00%, 5,37% vs 70,45% oraz 32,78% vs 50,01% ($p < 0,05$). Powikłania pooperacyjne dotyczyły 20,96%, a śmiertelność 0% chorych.

Wnioski:

1. Reresekcja wątroby jest bezpiecznym zabiegiem operacyjnym.
2. Wyniki przeżyć chorych po reresekcji wątroby są porównywalne do przeżyć chorych po resekcji wątroby.
3. Grupa chorych z niskim stopniem ryzyka nawrotu choroby nowotworowej odnosi największą korzyść z wykonanej reresekcji wątroby.

Słowa kluczowe: resekcja wątroby, przerzuty do wątroby raka jelita grubego, nawrót przerzutów z raka jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: Surgical resection of colorectal liver metastases (CRLM) is the gold standard in treatment of patients with this type of cancer.

Purpose: The aim of this study was to: assess the impact of subsequent liver resection in patients with CRLM on survival.

Material and methods: From January 2006 to March 2011 in the Department of General Surgery, Transplantation and Liver were treated 454 patients with metastatic colorectal cancer to the liver. To the study group was included 62 patients with CRLM after liver re-resection for recurrent cancer.

Results: Repeated liver resection was done in 7.32% of patients. In the majority of patients: mean time between resection of the primary tumor and the liver re-resection was 26.25 month. Average time between first and second liver resection of liver metastases was 12.85 ± 13.85 months. In 67.74% of patients after perioperative chemotherapy tumors progression were observed. In 50% of patients with primary metastatic changes single metastases in the liver was observed, in 25.80% bifocal and in 12.90% more than 3 nodules. Maximal tumor diameter > 50 mm involved 50 patients (80.64%). The value of CA 19-9 > 100 IU/ml were observed in 21 patients (33.87%) and CEA > 100 ng/ml in 17 patients (27.41%). In general analysis all of above elements were included in the assessment of risk factors of cancer recurrence. More than 4 risk factor were observed nearly in half of the study group 48.38%. The overall 1-, 3- and 5-year survival rates after resection and re-resection were: 87.37% vs. 93.55%, 59.88% vs. 64.17% and 47.73% vs. 37.74% respectively ($p > 0.05$). In estimated group of patients (> 4 risk factors) vs. (< 4 risk factors) overall 1-, 3- and 5-years survival were: 90.32% vs. 95.00, 70.45 vs. 55.37% and 32.78% vs. 50.01% respectively ($p < 0.05$). Postoperative complications were observed in 20.96% and 0% mortality.

Conclusions:

1. Liver resection in the recurrence of CRLM is safe procedures.
2. The results of overall survival after liver re resection are comparable to the survival of patients after liver resection.
3. The group of patients with low-risk of recurrences may have the highest benefit after the respited liver resection.

Key words: liver resection, colorectal liver metastases, recurrence of colorectal liver metastases.

P-00109

ZASTOSOWANIE TECHNOLOGII NIEODWRACALNEJ ELEKTROPORACJI NANOKNIFE W LECZENIU PRZERZUTÓW DO WĄTROBY – DONIESIENIE WSTĘPNE

Krzysztof Dudek, Krzysztof Zieniewicz, Oskar Kornasiewicz, Marcin Kotulski, Tadeusz Wróblewski, Marek Krawczyk

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Nieodwracalna elektroporacja przy użyciu *NanoKnife* jest nową techniką ablacijną stosowaną w leczeniu zmian nowotworowych w wielu narządach.

Cel: Celem pracy była wstępna ocena zastosowania nieodwracalnej elektroporacji w leczeniu różnego rodzaju przerzutów nowotworowych do wątroby.

Materiał i metody: W Klinice od kwietnia 2012 r. do maja 2013 r. nieodwracalną elektroporacją leczonych było czworo chorych z przerzutami do wątroby. W ocenianej grupie było dwóch mężczyzn i dwie kobiety w wieku od 36 do 56 lat. W dwóch przypadkach wskazaniem do zabiegu były przerzuty z raka jelita grubego, w jednym przypadku z raka piersi oraz w jednym przypadku z raka tarczycy. Wykonano dwie laparotomie i dwa zabiegi metodą przezskórną. W trzech przypadkach liczba przerzutów nie przekraczała dwóch zmian, a w jednym przypadku znaleziono więcej niż 7 ognisk. W przedoperacyjnych badaniach obrazowych wskazaniem do zabiegu było 8 zmian przerzutowych, w większości o lokalizacji okołonaczyniowej, wymagających rozległych zabiegów resekcyjnych.

Wyniki: W trakcie przeprowadzonych procedur śródoperacyjnych stwierdzono 11 zmian przerzutowych. Największa zmiana miała średnicę 45 mm, a najmniejsza 6 mm. Łącznie wykonano 16 zabiegów ablacyjnych. W przypadku zmian powyżej 20 mm średnicy konieczne było wykonanie co najmniej dwóch zabiegów, a w zmianach poniżej 20 mm średnicy wykonywano jedynie jeden zabieg ablacyjny. W każdym przypadku położenie igieł oraz sam przebieg procedury monitorowany był za pomocą ultrasonografii śródoperacyjnej. W ocenie wyników zastosowanego leczenia stwierdzono 100-procentową skuteczność zabiegu – lokalnego zniszczenia ognisk przerzutowych.

Wnioski:

1. Nieodwracalna elektroporacja jest skuteczną alternatywną metodą ablacijną w przypadku przerzutów położonych w bezpośrednim sąsiedztwie dużych naczyń krwionośnych.
2. Zmiany ogniskowe o średnicy > 25 mm wymagają co najmniej dwóch zabiegów elektroporacji.
3. W przypadku podejrzenia > 3 zmian przerzutowych w wątrobie wskazane jest wykonanie laparotomii.
4. Właściwe umieszczenie elektrod wokół zmiany przerzutowej oraz śródoperacyjne monitorowanie zabiegu elektroporacji odgrywa istotną rolę w powodzeniu przeprowadzonego zabiegu ablacyjnego.

Słowa kluczowe: nieodwracalna elektroporacja, *NanoKnife*, przerzuty do wątroby.

ABSTRACT

Introduction: Irreversible electroporation using *NanoKnife* is the novel tumor ablation technique used in the treatment of neoplastic lesions in multiple organs.

Purpose: The aim of the study was preliminary evaluation of the application of irreversible electroporation for the treatment of various types of liver metastases.

Material and methods: From April 2012 to May 2013 4 patient with liver metastases were treated by irreversible electroporation. The study group consist 2 men and 2 women, age 36-56 years. Indication to the treatment were liver metastases: in two cases of colorectal cancer, breast cancer and thyroid cancer. In half of the cases laparotomy was done, in rest of patients percutaneous procedures was performed. In three cases, the number of focal lesions in the liver did not exceed two changes, in one case we found more than seven metastases. The main indication for surgery were 8 metastases found in preoperative imaging (ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging and positron emission tomography) in most of perivascular location, which requiring extensive resections.

Results: 11 metastatic lesions were ablated during the intra-operative procedures. The biggest diameter of metastatic was 45 mm and the smallest was 6 mm. Sixteen procedures of ablation were done. In case of changes > 20 mm in diameter minimum 2 ablative procedures was needed, in lesions < 20 mm one ablation. In all cases position of needles and assessment of the procedure was monitored under intraoperative ultrasonography. Effectiveness of the destruction of local metastases during therapy was estimated for 100%.

Conclusions:

1. Irreversible electroporation is an effective alternative method for ablation in the case of metastases in perivascular localization.
2. Lesion exceeding 25 mm in diameter needs minimum 2 procedures of irreversible electroporation.
3. In the case of suspected more than three metastatic lesions in the liver – open surgery should be done.
4. Right conduction of the electroporation needle around the changes with intraoperative monitoring plays an important role in the success of the surgery ablation.

Key words: irreversible electroporation, NanoKnife, liver metastases.

lospecialistyczne podejście do chorego pozwala rozszerzać wskazania i zmniejszać przeciwwskazania do resekcji wątroby.

Słowa kluczowe: przerzuty do wątroby, resekcja wątroby.

ABSTRACT

Introduction: Liver resections are performed in increased number due to oncological indications. Thus, these indications for surgical treatment of liver tumors are constantly expanding. Advanced age and other comorbidities often exclude this group of patients from treatment by liver resection.

Purpose: Patient C.S. (80 y.a., height 166 cm, weight 97 kg, ASA = 4) with risk factors was admitted for resection of metastatic lesions (adenocarcinoma) of the cecum to the liver. Previously diagnosed with hypertension, atherosclerosis, stable coronary heart disease, type 2 diabetes, chronic renal failure (eGFR = 37), obesity, degenerative lesions of the spine, diverticulitis of the sigmoid colon, dystonic tremor of the head. Previously operated and had amputation of the uterus with appendages (2005), cholecystectomy, right hemicolectomy (2012) complicated by respiratory failure with the need of ventilation seven days post-surgery.

Material and methods: Prior to surgery, the patient had imaging tests such as ultrasound, CT and MRI scans of the abdomen, which confirmed a 55mm metastatic tumor in the seventh segment of the liver. The results were analyzed during a radiological and surgical consultation in order to prepare the safest available surgical access and scope of the planned resection. A cardiac echocardiography was performed and the patient had a cardio-, neuro- and anesthetic consult. The patient was fully informed about the high risk of complications and possible operational failure.

Results: During surgery a right hemihepatectomy was performed. The resected lobe weighed 712 g. Blood loss was < 500 ml, 2 units RBC and 2 units FFP were transfused. The surgery and the postoperative period proceeded without serious complications. The only problem was short-lived biliary fistula, which healed spontaneously.

Conclusions: Age and comorbid conditions often are a contraindication for surgery, but with proper medical support, the opportunity to interact with other professionals and thorough preparation of the patient and the team of surgeons, the risk of failure can be significantly minimized. A modern, personalized, multidisciplinary approach towards each patient can expand indications and reduce contraindications for hepatic resection.

Key words: liver metastases, hepatic resection.

P-00229

OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI JAKO RZADKIE POWIKŁANIE ZABIEGU PRZEZSKÓRNEJ, NIEODWRACALNEJ ELEKTROPORACJI ZMIAN PRZERZUTOWYCH W WĄTROBIE

ACUTE PANCREATITIS AS A RARE COMPLICATION OF PERCUTANEOUS, IRREVERSIBLE ELECTROPORATION OF METASTASES IN THE LIVER

Michał Skalski, Krzysztof Dudek, Michał Grąt, Marcin Kotulski, Małgorzata Nowosad, Krzysztof Zieniewicz, Tadeusz Wróblewski, Marek Krawczyk

STRESZCZENIE

Wstęp: Nieodwracalna elektroporacja (*irreversible electroporation* – IRE) jest metodą leczenia zmian nowotworowych za pomocą impulsów elektrycznych o wysokim napięciu generowanych przez elektrody wprowadzone do zmiany drogą nakłucia przezskórnej lub poprzez laparotomię. Wytworzone pole elektromagnetyczne prowadzi do uszkodzenia komórki poprzez nieodwracalne otwarcie kanałów w błonie komórkowej. IRE nie powoduje zmian temperatury tkanek oraz uszkodzenia ściany naczyń krwionośnych i dróg żółciowych, przez co znajduje zastosowanie w leczeniu zmian o „trudnej lokalizacji”, np. w okolicy wnęki wątroby lub splotu żył wątrobowych.

Materiał i metody: Do zabiegu przezskórnej nieodwracalnej elektroporacji zakwalifikowano 2 chore z nawrotem zmian przerzutowych w wątrobie, po wcześniejszych zabiegach resekcji wątroby. Pierwsza chora lat 55 z przerzutami raka piersi do IV segmentu wątroby oraz druga chora lat 33 z przerzutami raka esicy do sementu III. Zabieg

P-00187

PRZESUWANIE GRANICY WIEKU I ZMNIEJSZANIE LICZBY PRZECIWWSKAZAŃ DO RESEKCJI WĄTROBY U OBCIĄŻONYCH ONKOLOGICZNYCH CHORYCH

PUSHING THE AGE LIMIT AND REDUCING THE NUMBER OF CONTRAINDICATIONS OF LIVER RESECTIONS IN CANCER-BEARING PATIENTS

Konrad Kobryń¹, Łukasz Masior¹, Ireneusz Grzelak¹, Bogusław Najnigier¹, Dorota Giercuszkiwicz², Paweł Nyckowski¹, Marek Krawczyk¹

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

²II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, SPCSK, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Resekcje wątroby ze wskazań onkologicznych są coraz częściej wykonywaną operacją. Wskazania do leczenia operacyjnego nowotworów wątroby stale są rozszerzane. Jednak nadal zaawansowany wiek pacjenta oraz inne towarzyszące choroby często wykluczają tę grupę chorych z leczenia resekcją wątroby.

Cel: Chora C.S. (lat 80, wzrost 166 cm, masa ciała 97 kg, ASA = 4) obciążona internistycznie została zakwalifikowana do resekcji zmiany przerzutowej gruczolakoraka kątnicy do wątroby. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze, uogólniona miażdżyca, stabilna choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2, przewlekła niewydolność nerek (eGFR = 37), otyłość, stany zwyrodnieniowe kręgosłupa, uchyłkowatość esicy, drżenie dystoniczne głowy. Stan po amputacji macicy z przydatkami (2005), po cholecystektomii, po hemikolektomii prawostronnej (2012) powikłanej niewydolnością oddechową z koniecznością wentylacji 7 dni od operacji.

Materiał i metody: Wykonano USG, TK i MR jamy brzusznej, które potwierdziły guz przerzutowy o śr. 55 mm w VII segmencie wątroby. Wyniki tych badań były dokładnie omówione na konsylium radiologiczno-chirurgicznym celem zaplanowania najbezpieczniejszego dostępu i zakresu planowanej resekcji. Wykonano echokardiografię serca i konsultowano chorą kardiologicznie, neurologicznie i anestezjologicznie. Pacjentka była w pełni poinformowana o wysokim ryzyku powikłań i ewentualnego niepowodzenia operacji.

Wyniki: Podczas operacji wykonano hemihepatektomię prawostronną. Resekowana część wątroby ważyła 712 g. Utrata krwi w czasie operacji < 500 ml, przetoczono 2 j. KKCz oraz 2 j. FFP. Chora zniosła zabieg operacyjny i okres pooperacyjny bez powikłań. Jedynym problemem była krótkotrwała przetoka żółciowa, która zagoiła się samostnie.

Wnioski: Wiek i choroby towarzyszące często stanowią przeciwwskazanie do leczenia operacyjnego, jednak przy odpowiednim zapleczu medycznym, możliwości współpracy z innymi specjalistami oraz dokładnym przygotowaniu chorego i zespołu przeprowadzającego operację ryzyko niepowodzenia znacznie spada. Zatem nowoczesne, indywidualne, wie-

wprowadzenia elektrod wykonano w znieczuleniu ogólnym, w warunkach bloku operacyjnego i pod stałą kontrolą ultrasonograficzną.

Wyniki: Bezpośredni okres po zabiegu był niepowikłany. Obie chore od drugiej doby po zabiegu zgłaszały objawy ostrego zapalenia trzustki (OZT): silny ból zlokalizowany w nadbrzuszu promieniujący do pleców oraz zatrzymanie oddawania gazów i stolca. Ponadto obserwowano wzrost aktywności amylazy i lipazy w surowicy krwi. Na podstawie skali ciężkości OZT w wykonanym badaniu tomografii komputerowej (*computed tomography severity index* – CTSI) u pierwszej chorej przebieg oceniono jako łagodny (CTSI 2 pkt), natomiast u drugiej jako średnio ciężki (CTSI 5 pkt). W obu przypadkach ustąpienie objawów OZT uzyskano po leczeniu zachowawczym. W kontrolnych badaniach obrazowych 4 tygodnie po zabiegu stwierdzono cechy znacznej regresji zmian przerzutowych w wątrobie. U pierwszej chorej stwierdzono wycofanie się zmian związanych z zapaleniem trzustki, u drugim przypadku stwierdzono torbiel rzekomą ogona trzustki.

Wnioski: Pomimo opisywanych rzadkich powikłań oraz wysokich kosztów aparatury IRE cechuje się dużą skutecznością w leczeniu zmian nowotworowych w wątrobie u chorych niekwalifikujących się do zabiegu resekcyjnego. Ze względu na mechanizm działania może stanowić alternatywę dla innych metod niszczenia zmian nowotworowych, np. termoblacji.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki.

ABSTRACT

Introduction: Irreversible electroporation (called Irreversible Electroporation, IRE) is a method of treatment of neoplastic lesions using electrical impulses generated by high-voltage electrode introduced in to the lesion by percutaneous puncture or by laparotomy. The generated electromagnetic field results in irreversible cell damage by opening channels in the cell membrane. IRE does not change the temperature of tissues and does not result in damage to the blood vessel wall and bile ducts. Therefore, this method is used to treat the "difficult locations" of the lesions such as liver hilus or hepatic veins.

Material and methods: Percutaneous irreversible electroporation qualified 2 patients with recurrent liver metastases after previous liver resection. The first patient aged 55 with metastasis of breast cancer in fourth segment of the liver and other aged 33 with metastasis of sigmoid colon cancer to segment III of the liver. Surgical insertion of electrodes was performed in the operating room under general anesthesia and kept under continuous ultrasound.

Results: Direct period after surgery was without complications. Both patients from the second day after surgery reported symptoms of acute pancreatitis: intense pain located in the upper abdomen radiating to the back and retention of gas and stool. Increase in amylase and lipase levels was also observed. Due to severity scale in acute pancreatitis evaluated in computed tomography (called Computed Tomography Severity Index, CTSI) the first patient rated as mild (CTSI 2 points), while in the other a medium-weight (CTSI 5 points). In both cases health improve was achieved after conservative treatment. The imaging control 4 weeks after treatment showed significant regression of metastatic lesions in the liver. In the first patient in the control was found regression of changes associated to pancreatitis. In the second case it was pseudocyst of the tail of the pancreas.

Conclusions: Despite the reported rare complications and high cost of equipment, IRE is very effective in the treatment of liver cancer in patients with not resective lesions. Due to the mechanism of action IRE should be considered as an alternative to other methods of destroying neoplastic changes such as thermal ablation.

Key words: acute pancreatitis.

Sesja pielęgnarska

P-00065

WPŁYW WSKAŹNIKA MASY CIAŁA BMI NA JAKOŚĆ ŻYCIA (QOL) I POZIOM DEPRESJI PACJENTÓW PO OPERACJACH BARIATRYCZNYCH

Renata Sierżantowicz¹, Hady Razak Hady²,
Jacek Dadan², Bożena Kirpsza¹, Lech Trochimowicz¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wykazały, że otyłość cechuje 1% osób dorosłych, co przekłada się na liczbę około 300 tysięcy. Do oceny wyników operacji bariatrycznych wykorzystuje się stopień utraty masy ciała oraz poprawę dolegliwości związanych z otyłością ołbrzymią. Z punktu widzenia pacjenta, QOL i zdrowie psychiczne jest najważniejszym wyznacznikiem powodzenia operacji, dlatego zainteresowanie pomiarem QOL wzrosło.

Celem pracy była ocena wpływu wskaźnika masy ciała BMI na jakość życia i poziom depresji w zależności od rodzaju operacji bariatrycznej.

Materiał i metody: Grupa badanych składała się z 57 kobiet i 43 mężczyzn w wieku 20–60 lat (średnia wieku ± 40 lat), z BMI od 36 do 40 – 31% oraz > 40 – 69%. U 12 chorych (12%) założono opaskę regulowaną na żołądek (LAGB), u 58 (58%) wykonano rękawkową resekcję żołądka (*Sleeve gastrectomy*), natomiast 30 pacjentom (30%) zespolenie omijające żołądkowo-jelitowe z pętlą Roux-en-Y (RYGB). Do oceny QOL użyto standaryzowanej ankiety Baros. Nasilenie zaburzeń nastroju oceniano za pomocą Skali Samooceny Depresji i Lęku.

Wyniki: Po 6 miesiącach lub po roku od wykonania zabiegu bariatrycznego obserwowano redukcję 40 BMI z 69% do 14%. Stwierdzono, że czas wykonania zabiegu bariatrycznego wpłynął na wysoce istotną ($p < 0,01$) różnicę wyników w ocenie Skali Baros. Wykazano, że im dłuższy czas od wykonania zabiegu, tym wyższy wynik oceny końcowej.

Wnioski: MA-QoL II stanowi użyteczne narzędzie do oceny chirurgii bariatrycznej, w tym jakości życia. Dłuższa obserwacja będzie miała podstawowe znaczenie dla określenia zmian psychologicznych i stopnia utraty masy ciała.

Słowa kluczowe: QOL, depresja, pacjenci, bariatria.

ABSTRACT

Introduction: Studies conducted in Poland found that 1% (~300,000) Polish adults are obese. The degree of weight loss and reduction of discomfort associated with severe obesity are used to evaluate bariatric surgery outcomes. From the patient's point of view, QOL and mental health are the most important determinants of successful surgery, which is why interest in QOL assessment has increased.

Purpose: To assess the effect of BMI on quality of life and depression levels depending on type of bariatric surgery.

Material and methods: The group included 57 women and 43 men aged 20-60 years (mean age ± 40 years) with BMI from 36 to 40 (31%) and > 40 (69%). Twelve patients (12%) underwent laparoscopic adjustable gastric binding (LAGB), 58 (58%) sleeve gastrectomy, and 30 (30%) Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB). The Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) was used to assess QOL. The severity of mood disorders was assessed using the Self-Rating Scale of Depression and Anxiety.

Results: Six months or one year after bariatric surgery, BMI 40 decreased from 69% to 14%. We found that the time since bariatric surgery contributed to a significant ($p < 0.01$) difference in BAROS outcomes. Also, the longer since surgery the higher the final assessment result.

Conclusions: MA-QoL II is a useful tool in assessing bariatric surgery, including quality of life. Long-term monitoring will be essential in determining psychological changes and the degree of weight loss.

Key words: QOL, depression, patients, after bariatric, procedures.

P-00221

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE SATYSFAKCJĘ Z PRACY ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK NA PRZYKŁADZIE PODMIOTU LECZNICZEGO SZPOZ Z WM-CO W OLSZTYNIE

Beata Siwik¹, Ewa Doroszkiewicz^{2,3}, Bogusława Bigus^{1,3}, Jadwiga Snarska^{1,3}

¹Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

²Katedra Pielęgniarstwa Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

³Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

STRESZCZENIE

Wstęp: Praca zawodowa stanowi jedną z głównych form działalności każdego człowieka. Doświadczanie zadowolenia z pracy jest szczególnie ważne w przypadku osób wykonujących zawody z misją społeczną, a więc zajmujących się na co dzień wspomaganie ludzi potrzebujących, udzielaniem wsparcia, niesieniem pomocy, pracujących często w trudnych, niebezpiecznych i stresogennych warunkach.

Cel: Celem pracy była ocena czynników wpływających na satysfakcję pielęgniarek z pracy zawodowej i zmiany poszczególnych czynników satysfakcji w przeciągu kolejnych lat.

Materiał i metody: Badania cykliczne przeprowadzone zostały w latach 2006–2012. Narzędziem służącym do realizacji techniki ankietowej był kwestionariusz opracowany na podstawie ankiety PASAT-SAPER utworzonej przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Liczba badanych to 561 pielęgniarek.

Wyniki: Najliczniej reprezentowane były osoby deklarujące staż pracy pomiędzy 11 a 25 lat. W roku 2006 stanowiły one 59% ankietowanych, a w kolejnych latach 58%, 50%, 44% i 47%. Ponad połowa pielęgniarek (52% ogółu) zaznaczyła, że jest zadowolona ze swojej pracy, a co piąta (18%) jest bardzo zadowolona. Za najważniejsze w swojej pracy zawodowej pielęgniarki uznały wynagrodzenie (87,6%) oraz relacje z kolegami (87,6%). Na drugim miejscu znalazły się relacje z przełożonymi (83,3%), a także warunki pracy (83%), natomiast na ostatnim treści pracy (77,6%) i możliwość rozwoju zawodowego (75,4%).

Wnioski: Wszystkie z wymienionych czynników wpływających na satysfakcję z pracy: treść pracy, warunki pracy, relacje ze współpracownikami, relacje z przełożonymi, możliwości rozwoju zawodowego, wynagrodzenie, mają w środowisku pielęgniarskim bardzo duże znaczenie. Za najważniejsze w swojej pracy zawodowej, pielęgniarki uznały wynagrodzenie oraz relacje z kolegami. Na kolejnym miejscu znalazły się relacje z przełożonymi, warunki pracy, natomiast na ostatnim treści pracy i możliwość rozwoju zawodowego.

Słowa kluczowe: praca pielęgniarek, satysfakcja zawodowa, czynniki determinujące.

ABSTRACT

Introduction: Work experience is one of the main activities of every person. The experience of job satisfaction is particularly important for practitioners of jobs with the social mission, that means people dealing every day with people needing assistance, providing support for them. Those people often work in difficult, dangerous and stressful situations.

Purpose: Aim of the study was to evaluate the factors influencing nurses' satisfaction with the work and defining how those factors have changed over the years.

Material and methods: The study was conducted in 2006-2012. Tool used for interviewing respondents was based on a survey PASAT-SAPER created by the Center for Quality in Health Care in Krakow. Research based on responses of 561 nurses.

Results: The most numerous were those who reported between 11 and 25 years of work experience. In 2006, they accounted for 59% of the respondents, and in subsequent years, 58%, 50%, 44% and 47%. More than half of nurses (52% of the total) indicated that they were satisfied with their jobs, and one in five (18%) are very satisfied. The most important thing in their professional career nurses considered wages (87.6%), and relationships with colleagues (87.6%). In second place was the relationship with their managers (83.3%) and working conditions (83%), and then the content of the work (77.6%) and the opportunity for professional development (75.4%).

Conclusions: All factors mentioned affect job satisfaction: content of the work, working conditions, relationships with colleagues, relationships with supervisors, professional development opportunities, salary, are of utmost importance in nursing environment. As the most important thing in professional career, nurses recognize the salary and relations with colleagues. The next place was the relationship with supervisors, working conditions, and the final content of the work and the opportunity for professional development.

Key words: work of nurses, job satisfaction, determinants.

Powikłania po operacjach w górnej części przewodu pokarmowego

P-00079

WYNIKI LECZENIA OPERACYJNEGO CHORYCH Z PRZETOKAMI JELITA CIENKIEGO

THE SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH SMALL INTESTINAL FISTULAS

Andrzej Kluciński, Maciej Słodkowski, Włodzimierz Cebulski, Marek Wroński, Tomasz Guzel, Monika Wojtasik, Andrzej Krajewski, Ireneusz Wojciech Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

STRESZCZENIE

Wstęp: Leczenie operacyjne chorych z przetokami jelita cienkiego stanowi nadal aktualny problem we współczesnej chirurgii. Skomplikowane operacje naprawcze są wykonywane u chorych niedożywionych, często po kilku epizodach septycznych i po wielu wcześniejszych operacjach, dlatego wiążą się z dużym ryzykiem występowania powikłań pooperacyjnych.

Cel: Ocena wyników definitywnego leczenia operacyjnego chorych z przetokami jelita cienkiego.

Materiał i metody: Analizą objęto 41 chorych (17 kobiet i 24 mężczyzn) poddanych planowej operacji naprawczej przetok przewodu pokarmowego w latach 2004–2011. Po nieskutecznym typowym leczeniu zachowawczym polegającym na żywieniu pozajelitowym, rehabilitacji oraz miejscowym leczeniu rany chorzy byli kwalifikowani do planowej operacji naprawczej. Operacje polegały na uwolnieniu zrostów oraz odcinkowej resekcji jelita cienkiego wraz z przetoką. W nielicznych przypadkach wyłoniono stomię lub też poszerzono zabieg o resekcję innych odcinków jelita. Przeprowadzono retrospektywną analizę częstości i rodzaju powikłań. Ciężkość powikłań sklasyfikowano według pięciostopniowej skali Dindo.

Wyniki: Wyleczenie po planowej operacji naprawczej uzyskano u 76% pacjentów. U 17% doszło do nawrotu przetoki jelita cienkiego. Śmiertelność w okresie pooperacyjnym wyniosła 7%. U 39 z 41 chorych odnotowano łącznie 125 powikłań – 35% z nich miało charakter zakażeń pooperacyjnych, 24% związane było z niewydolnością przewodu pokarmowego, a 14% to powikłania krwotoczne. Pozostałe 27% zakwalifikowano jako powikłania ogólne dotyczące innych układów. Powikłania lekkie, tzn. I i II stopnia w skali Dindo, stanowiły 70% wszystkich powikłań, natomiast pozostałe 30% sklasyfikowano jako powikłania ciężkie, tj. III, IV i V stopnia w skali Dindo.

Wnioski: Definitywne leczenie operacyjne przetok jelita cienkiego po odpowiednim przygotowaniu pozwala na osiągnięcie dużego odsetka całkowitych wyleczeń. Występowanie szerokiego spektrum powikłań pooperacyjnych wymaga dużego doświadczenia zespołu, dlatego powinno być prowadzone w referencyjnych ośrodkach zajmujących się chirurgią przewodu pokarmowego.

Słowa kluczowe: przetoka jelita cienkiego, powikłania pooperacyjne, definitywne leczenie chirurgiczne.

ABSTRACT

Introduction: Surgical treatment of patients with intestinal fistulas constitutes a significant problem of modern surgery. These complex operations are performed in patients with malnutrition, after several septic episodes and sometimes also post several previous interventions. Therefore they may be associated with a high risk of a wide range of complications.

Purpose: Assessment of the results of definitive surgical treatment of patients with small intestinal fistulas.

Material and methods: The analysis involved 41 patients (17 females and 24 males) after an elective surgery performed in 2004-2011. After conservative treatment consisting of total parenteral nutrition, rehabilitation and wound care patient were qualified for elective procedure. Procedures consisted in adhesiolysis and resection of the small intestine with a fistula. In few cases a stomy was externalised, or the procedure was extended with resection of other parts of the intestine. A retrospective analysis of frequency and type of complications was performed. Severity of complications was classified acc. to the five-grade Dindo scale.

Results: In 76% of patients the elective procedure brought a complete recovery. Recurrence of intestinal fistula occurred in 17%. Mortality rate was 7%. Total 125 complications were noted in 39 of 41 patients. 35% of them were infections, 24% were associated with the alimentary tract insufficiency, and 14% were haemorrhagic complications. The remaining 27% were qualified as general complications associated with other systems. Mild complications (1st and 2nd grade in the Dindo scale) constituted 70% of all complications. The remaining 30% were classified as severe complications (3rd, 4th and 5th grade in the Dindo scale).

Conclusions: Definitive surgical therapy of intestinal fistulas after proper conservative treatment allows to achieve high rate of complete recovery. Wide range of post-surgical complications requires considerable experience. Therefore those procedures should be preferably performed in reference centres dedicated to the alimentary tract surgery.

Key words: intestinal fistula, postoperative complications, definitive surgical treatment.

P-00146

PORÓWNANIE WCZESNYCH WYNIKÓW RADYKALNEGO I NIERADYKALNEGO LECZENIA OPERACYJNEGO PACJENTÓW Z RAKIEM ŻOŁĄDKA

Adam Żuk, Michał Grabala, Piotr Malinowski

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak żołądka jest jednym z częściej występujących nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. W Polsce w chwili rozpoznania stwierdza się w 85–90% zaawansowaną postać raka żołądka. Jedyną metodą leczenia chorych na raka żołądka mogącą prowadzić do wyleczenia jest radykalna resekcja, tj. operacja, która polega na usunięciu żołądka (lub jego znacznej części) z regionalną limfadenektomią i odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego.

Cel: Porównanie i ocena wczesnych wyników radykalnego i nieradykalnego leczenia operacyjnego i wpływu na przebieg hospitalizacji.

Materiał i metody: W badaniu poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną z przebytego leczenia operacyjnego 79 pacjentów: 55 (70%) mężczyzn i 24 (30%) kobiety z nowotworem żołądka, hospitalizowanych w latach 2006–2012. Wiek chorych pomiędzy 27. a 86. roku życia. Porównano wyniki dwóch grup pacjentów: leczonych radykalnie, z zamiarem wyleczenia (LR) – 56 osób oraz leczonych nieradykalnie – resekcyjnie i zespolania omijające (LNR) – 23 osoby.

Wyniki: W LR wykonano zabiegi totalnej (44) i subtotalnej (8) resekcji żołądka z limfadenektomią D2, omentektomią, w kilku przypadkach ze splenektomią lub resekcją wielonarządową. W LNR wykonano zabiegi wytworzenia zespolenia omijającego (15), subtotalnej (7) i totalnej (1) resekcji. Wykazano 9 zgonów w LR (16%) vs 0 w LNR, jak również większy odsetek poważnych powikłań (zgon, przeniesienie do OIT lub konieczność reoperacji) w LR 16 vs 1 w LNR. Około 11% chorych z LR zostało przeniesionych do OIT vs 4% w LNR. Stwierdzono prawie dwukrotnie większe zużycie preparatów KKCz na osobę w LR. Żywnienie pozajelitowe stosowano u porównywalnego odsetka chorych w obu grupach.

Wnioski: Radykalne leczenie operacyjne raka żołądka, choć daje choremu szansę na wyleczenie, jednakże wiąże się z większym ryzykiem zgonu i poważnych powikłań śród- i pooperacyjnych. Przy kwalifikacji chorego do odpowiedniego rodzaju leczenia należy obok zaawansowania procesu chorobowego wziąć pod uwagę ryzyko operacji związane ze stanem ogólnym chorego oraz uwzględnić ryzyko związane z rozległością proponowanego zabiegu.

Słowa kluczowe: rak żołądka.

ABSTRACT

Introduction: Gastric cancer is one of the most frequently occurring malignant tumors of the gastrointestinal tract. In Poland in 85-90% of cases an advanced stage of stomach cancer is diagnosed. The only method of treatment of patients with gastric cancer that may lead to full healing is a radical resection, which involves the removal of the stomach (or a substantial part of it) with a regional lymphadenectomy and gastroenterostomy.

Purpose: Comparison and evaluation of the early results of the radical and nonradical surgical treatment and the impact on the course of hospitalization.

Material and methods: The study was a retrospective analysis of the medical records of surgical treatment of 79 patients: 55 (70%) males and 24 (30%) females with gastric cancer, hospitalized in the period 2006-2012. Age of patients between 27 and 86 years. Two groups of patients were compared – those treated with radical resection (with the intention of full healing) – RR – 56 cases, and patients treated with nonradical resections or palliative gastroenterostomies – NRR – 23 cases.

Results: There were 44 total and 8 subtotal gastrectomies with D2 lymphadenectomy, omentectomy and in a few cases with splenectomy or multiorgan resection in the RR. The NRR consisted of 15 cases of palliative gastroenterostomy, 7 cases of subtotal and 1 case of total gastrectomy. The results demonstrated 9 deaths in RR (16%) vs. 0 in NRR, as well as a higher percentage of serious complications (death, transfer to the ICU, reoperation) 16 in RR vs 1 in NRR. About 11% of RR patients has been transferred to ICU vs. 4% of NRR patients. Almost 2x more units of PRBC were used in RR. Comparable percentage of patients in both groups received total parenteral nutrition.

Conclusions: Although radical surgical treatment of gastric cancer gives patients a chance for full healing, it is also associated with a higher risk of early death or other serious complications perioperatively or in the course of hospitalization. The appropriate type of treatment should be chosen in regard to not only the stage of disease, but also the risk associated with severity of surgical procedure and patient's general condition.

Key words: gastric cancer.

P-00169

ANALIZA POWIKŁAŃ SEPTYCZNYCH U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU RAKA ŻOŁĄDKA W ZALEŻNOŚCI OD KWAŚNOŚCI ŻOŁĄDKA STWIERDZONEGO W OKRESIE PRZEDOPERACYJNYM

Marek Szpakowski, Piotr Saramak, Leszek Zajac, Andrzej Rutkowski, Tomasz Olesiński

Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

STRESZCZENIE

Wstęp: Jednym z najczęstszych powikłań w leczeniu operacyjnym raka żołądka są powikłania septyczne. W materiale własnym Kliniki ich częstość oceniono na od 24 do 43%. Problem obniżonej kwaśności, który towarzyszy nowotworom żołądka, jest faktem znanym od dawna (nieżyt zanikowy, naciek śluzówki, IPP). Dostępność IPP i ich nadużywanie rodzi pytanie, czy wysokie pH żołądka w okresie przedoperacyjnym może mieć wpływ na ilość powikłań septycznych. Czy istnieje potrzeba modyfikacji postępowania okołoperacyjnego w grupie chorych z obniżonym pH? Przy prawidłowym pH, oscylującym w granicach 3, śluzówka żołądka jest praktycznie chroniona przed kolonizacją. W przypadku obniżenia kwasowości żołądka dochodzi do szybkiej kolonizacji błony śluzowej różnego rodzaju patogenami (podkreślana jest tu rola kolonizacji grzybiczych). Problem kolonizacji śluzówki żołądka nie jest również obojętny dla biocenozy jelita cienkiego, która może również być w mniejszym lub większym stopniu zaburzona.

Cel: Ocena wpływu podwyższonego pH żołądka i zmian w biocenozie przewodu pokarmowego na ilość i rodzaj pooperacyjnych powikłań septycznych.

Materiał i metody: Do badania włączono 112 kolejnych chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka żołądka (całkowite lub częściowe usunięcie żołądka). U wszystkich ww. chorych śródoperacyjnie oceniano kwaśność żołądka (papierek lakmusowy) oraz pobierano materiał do badania mikrobiologicznego (posiewy oraz wycinki tkankowe do badań bakteriologicznych i mikologicznych). Postępowanie okołoperacyjne pozostało niezmiennione.

Wyniki: Wartości pH treści żołądkowej w badanej grupie wahały się pomiędzy 3 a 8, w tym u 102 (91%) > 4. Kolonizację bakteryjną śluzówki żołądka stwierdzono u 91 (81%) pacjentów, a kolonizację grzybiczą u 30 (27%) pacjentów. Powikłania septyczne stwierdzono u 24 (21%) pacjentów. Rodzaj wiodącego patogenu pokrywał się z patogenem stwierdzonym w kolonizacji u 8 (33%) pacjentów.

Wnioski:

1. Podwyższone pH żołądka zwiększa ryzyko kolonizacji bakteryjnej i grzybiczej.
2. Obserwowana kolonizacja nie zwiększa istotnie ryzyka powikłań septycznych.
3. Odsetek kolonizacji w przypadku podwyższonego pH żołądka uzasadnia opracowanie innego postępowania okołoperacyjnego (z zastosowaniem antybiotykowej terapii wyprzedzającej łącznie).

Słowa kluczowe: rak żołądka, pH żołądka, IPP.

ABSTRACT

Introduction: One of the most common complications in the surgical treatment of gastric cancer are septic complications. In our own material frequency was estimated to be from 24 to 43%. The problem of reduced acidity that accompanies gastric cancer, is a fact long known. Availability of PPI and their abuse raises the question of whether the high pH of the stomach in the preoperative period may affect the amount of septic complications? Is there a need to modify perioperative in patients with low pH. With proper pH oscillating around 3 gastric mucosa is virtually protected against colonization. In the case of reducing gastric acidity, there is a rapid colonization of mucosal various pathogens (highlighted here is the role of fungal colonization). Problem colonization of the gastric mucosa is also inert to the biota, small intestine, which may also be more or less disturbed.

Purpose: Evaluation of the impact of increased gastric pH and changes in the gastrointestinal tract biocenosis on the amount and type of postoperative septic complications.

Material and methods: The study included 112 consecutive patients treated surgically for gastric cancer (total or partial removal of the stomach). In all the above. patients were evaluated intraoperatively gastric acidity (acid test) and specimens collected for microbiological examination (cultures and tissue slices for bacteriological examinations and mycological). Perioperative remained unchanged.

Results: Gastric pH in the group ranged between 3 and 8 of which in 102 (91%) > 4. Bacterial colonization of the gastric mucosa was observed in 91 (81%) pts., fungal colonization in 30 (27%) pts. Septic complications were found in 24 (21%) pts. Lead type pathogen coincides with the colonization of pathogen identified in 8 (33%) pts.

Conclusions:

1. Increased gastric pH increases the risk of bacterial and fungal colonization.
2. The observed colonization does not significantly increase the risk of septic complications.
3. Percentage colonization of elevated gastric pH justifies the development of other perioperative (using antibiotic therapy, including selling off).

Key words: gastric cancer, gastric pH, PPI.

P-00191

ZESPÓŁ WYSOKIEJ JEJUNOSTOMII – POWIKŁANIA, LECZENIE ŻYWIENIOWE I KOMPLEKSOWA OPIEKA DO ODTWORZENIA CIĄGŁOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO

Jacek Szopiński^{1,2}, Marlena Jakubczyk², Przemysław Baranowski³, Teresa Sojka², Kinga Kupczyk², Krzysztof Kusza^{4,5}

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Poradnia Domowego Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Zespół wysokiej jejunostomii powstaje wskutek chorobowego lub jatrogennego wytworzenia wysokiej końcowej lub bocznej jejunostomii. Charakteryzuje się obfitym wydzielaniem, utratą wody i elektrolitów, a także substancji odżywczych, co w zaniedbanych przypadkach doprowadza do ciężkiego niedożywienia i jego następstw.

Cel: Prezentujemy 2 przypadki chorych po powikłanych zabiegach wewnątrzbrzusznych. U 1. chorego wytworzono jejunostomię boczną na 2. pętli jelitowej wskutek powikłań po reoperacji z powodu wznowy choroby nowotworowej pierwotnie wywodzącej się z jelita grubego. U 2. chorego wytworzono końcową wysoką jejunostomię (ok. 20 cm od więzadła Treitza) jako skutek wielu reoperacji z powodu niedrożności i niedokrwienia jelit. Chorych prowadzono w Poradni Domowego Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 w Bydgoszczy.

Materiał i metody: Przedstawiono konsekwencje metaboliczne wysokiej stomii jelitowej oraz towarzyszące powikłania. Szczegółowo przeanalizowano wielomiesięczne leczenie chorych i stopniowe przygotowanie do zabiegu rekonstrukcyjnego przewodu pokarmowego. U jednego z prezentowanych chorych rozwinął się pełnoobjawowy, szybki postępujący parkinsonizm jako efekt ciężkiej hipomagnezemii.

Wyniki: U obydwu prezentowanych chorych po kilkumiesięcznym okresie domowego żywienia pozajelitowego wykonano z powodzeniem odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego.

Wnioski: Prawidłowe prowadzenie chorych z wysoką jejunostomią, powstającą często jako ostatni etap wielokrotnych interwencji chirurgicznych, wykorzystujące możliwości pozajelitowego żywienia w warunkach domowych, umożliwia przywrócenie prawidłowej funkcji układu pokarmowego.

Słowa kluczowe: jejunostomia, przetoka jelitowa, niedożywienie.

ABSTRACT

Introduction: The complex of high jejunostomy is observed in patients with existing end or side jejunostomy as the result of pathological process or surgical procedure. This kind of stomy produces a lot of fluid which results in high output of water, electrolytes and nutrients. In untreated cases it leads to severe malnutrition and its complications.

Purpose: We present 2 patients after complicated surgical treatment. The 1st had high side jejunostomy as the result of complication after treatment of cancer (primarily localized in the right colon). In the 2nd patient the end jejunostomy (20 cm from Treitz ligament) was the result of many surgical interventions for ileus and bowel ischemia. The patients were treated in the Outpatient Department of Enteral and Parenteral Home Nutrition.

Material and methods: We present metabolic consequences and accompanying complications of high jejunostomy. We analyze the treatment process and preparation for reconstructive surgery step by step. One of the patients presented all symptoms rapidly progressing parkinsonism as the result of hypomagnesemia.

Results: The patients after several months of home parenteral nutrition were successfully reoperated and came back to oral feeding.

Conclusions: The proper treatment in the group of patients with high jejunostomy including home parenteral nutrition allows successful treatment and restitution of oral feeding.

Key words: jejunostomy, malnutrition, parenteral nutrition.

P-00210

ODBARCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO W LECZENIU POOPERACYJNYCH PRZETOK POKARMOWYCH

Jan Pertkiewicz, Michał Ławiński, Mohammad Omid, Joanna Kaczanowska

Klinika Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Występowanie nawrotów po operacjach przetok pokarmowych jest związane m.in. z nadciśnieniem w przewodzie pokarmowym. Śmiertelność związana z nawrotem sięga 40%. Skuteczne odbarczenie przewodu pokarmowego powinno zapobiec nawrotom.

Cel: Ocena skuteczności różnych metod odbarczenia przewodu pokarmowego.

Materiał i metody: 128 chorych operowanych w celu likwidacji przetok jelitowych i odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w latach 2003–2011. W czasie operacji naprawczych z odtworzeniem ciągłości w celu odbarczenia wykonano: zespolenie typu Bishop-Koop u 53 chorych, u 19 caekostomię u 13 stomię typu Santulli z drenem silikonowym wprowadzonym przez przetokę. W 32 przypadkach odbarczenie tylko przez zgłębnik wprowadzony przez odbytnicę, nos lub stomię końcową, w 3 przypadkach inną metodą, a w 9 nie odbarczono przewodu pokarmowego. Analiza przebiegu leczenia, występowania powikłań pooperacyjnych, przetok i śmiertelności w zależności od rodzaju i skuteczności odbarczenia.

Wyniki: Średnia dobowa objętość treści drenowanej przez zgłębnik silikonowy i stomie czasowe była znamienne większa niż objętość drenowana samym zgłębnikiem, odpowiednio Bishop-Koop – 583 ±158 ml, Santulli – 494 ±142, caekostomia – 512 ±178 ml, zgłębnik – 419 ±107 ml), odpowiednio: $p < 0,001$, $p < 0,05$ i $p < 0,01$ w porównaniu z objętością drenowaną zgłębnikiem. Nawroty przetok wystąpiły u 8 (6,25%) chorych, w tym u 2 (22%) z 9, u których nie zakładano odbarczenia, i u 6 (18,75%) spośród 32, u których jelito odbarczono drenem silikonowym wprowadzonym przez odbytnicę lub stomię końcową. Zmarło 9 (7%) chorych, w tym jeden w okresie przedłużonej hospitalizacji w czasie leczenia nawrotowej przetoki. Czwooro chorych zmarło z przyczyn związanych z chorobą podstawową, a 4 z powodu innych powikłań pooperacyjnych (zawał, zapalenie płuc).

Wnioski:

1. Odbarczenie przewodu pokarmowego przez stomię typu Bishop-Koop, Santulli lub caekostomię w połączeniu w odbarczeniem proksymalnego odcinka jelita zgłębnikiem silikonowym lepiej zapobiega nawrotowi przetok niż samo odbarczenie zgłębnikiem.
2. W materiale Kliniki nawroty przetok nie miały związku ze śmiertelnością pooperacyjną.

Słowa kluczowe: przetoki pooperacyjne, leczenie operacyjne, odbarczenie.

ABSTRACT

Introduction: Fistula recurrence after reparative surgery for GI fistulas is associated with paralysis of distal GI tract, leading to hypertension in repaired gut and fistula recurrence. Mortality associated with fistula recurrence is high, up to 40%. Efficient GI tract decompression should prevent fistula recurrence.

Purpose: Aim was to evaluate efficiency of different methods used for GI tract decompression after reparative surgery for postoperative fistulas.

Material and methods: 128 patients reoperated for postoperative GI fistulas and restoring continuity in 2003–2011. Most common method of decompression was entero-enteroanastomosis m. B Bishop-Koop in 53 patients. In 19 patients decompressive caekostomy and in 13 entero-enteroanastomosis m. Santulli was performed. In all these cases silicone tube was additionally inserted through the stoma into proximal gut for decompression and distal for fixation against kinking when required. In 32 the gut was decompressed through nasoenteral, end-stoma or rectoenteral tube. In 3 case other method was used and in 9 GI tract wasn't decompressed. Analysis of treatment course, postoperative complications, fistula recurrence and mortality dependent of decompression method.

Results: Mean daily volume drained through the tube and temporary stomas was significantly higher than drained through the tube only:

Bishop-Koop – 583 ±158 ml, Santulli – 494 ±142, caekostomy – 512 ±178 ml, tube – 419 ±107 ml), $p < 0.001$, $p < 0.05$ and $p < 0.01$ respectively when compared to the tube drainage only. Fistulas recurred in 8 (6.25%) pts: in 2 (22%) not decompressed and in 6 (18.75%) decompressed through the tube only. Nine (7%) patients died, one during hospitalisation for fistula recurrence. Four patients died due complications of underlying disease (cancer) and 4 due to other postoperative complications (MI, pneumonia).

Conclusions:

1. GI tract decompression through Bishop-Koop or Santulli stoma or caekostomy prevents fistula recurrence more efficiently than tube decompression alone.
2. Fistula recurrence wasn't associated with postoperative mortality.

Key words: postoperative fistulas, surgery, decompression.

Ostry ból okołoperacyjny

P-00175

STOPIEŃ NASILENIA WCZESNEGO BÓLU POOPERACYJNEGO I METODY JEGO LECZENIA U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ METODĄ LICHTENSTEINA W DOŚWIADCZENIACH WŁASNYCH

Renata Chrzan, Tomasz Kulpa

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka, (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Operacje naprawcze przepukliny pachwinowej stanowią dużą część zabiegów wykonywanych na naszym oddziale. Zabiegi chirurgiczne zawsze połączone są z bólem. Do oceny bólu stosuje się różne skale

Cel: Celem pracy jest ocena stopnia nasilenia wczesnego bólu pooperacyjnego i metod jego leczenia u chorych operowanych z powodu przepukliny pachwinowej metodą Lichtensteina na naszym oddziale.

Materiał i metody: Badaniem objęto 500 chorych w wieku 28–78 lat operowanych z powodu przepukliny pachwinowej w okresie styczeń 2008 – grudzień 2012. Pacjenci wypełniali anonimową ankietę zawierającą pytania dotyczące stopnia nasilenia bólu w skali VAS przed zabiegiem, w dniu zabiegu, w następnej dobie i w dniu wypisu, podawali swój wiek i oceniali, czy zastosowane leczenie przeciwbólowe było wystarczające. Wykorzystano także dokumentację medyczną celem analizy postępowania przeciwbólowego. 360 chorych operowano w znieczuleniu miejscowym, 100 w przewodowym, a 40 w znieczuleniu ogólnym.

Wyniki: Ból przed zabiegiem deklarowało 84% badanych, był on silny (45%) lub umiarkowany (78%). W dniu zabiegu ból odczuwało 65%, u 40% był on silny, u 50% umiarkowany. W następnej dobie 98% chorych odczuwało ból (74% silny i 26% umiarkowany), a w dniu wypisu 69% (63% ból umiarkowany, a 17% ból słaby). Leczenie przeciwbólowe było wystarczające dla 78% chorych. Stosowano NLPZ u 88% chorych, u 12% tramadol, a u 15% łączono oba preparaty. Wszyscy chorzy operowani w znieczuleniu ogólnym wymagali podania leków przeciwbólowych w dniu zabiegu.

Wnioski: Największy procent chorych odczuwał ból w pierwszej dobie po zabiegu. Siła bólu malała wraz z upływem czasu. Stopień odczuwania i nasilenia bólu nie zależał od wieku. Pewna grupa chorych wymaga dodatkowego leczenia przeciwbólowego.

Słowa kluczowe: ból, przepuklina pachwinowa, zabieg operacyjny.

ABSTRACT

Introduction: Inguinal hernia repair operations constitute a large part of the procedures performed in our department. Surgery is always linked with pain. To evaluation are used different pain scales.

Purpose: To assess the severity of early postoperative pain and its treatment methods in patients operated on for inguinal hernia Lichtenstein in our ward.

Material and methods: Study involved 500 patients aged 28–78 years who underwent surgery for inguinal hernia during the period January 2008 – December 2012. Patients filled out an anonymous questionnaire containing questions about the severity of pain VAS before surgery, on the day of surgery and the next day and the day of discharge, served his age and assessed whether the applied analgesia was sufficient. Medical documentation was also used to analyze treatment of pain. 360

patients were operated under local anesthesia, 100 in the spinal anesthesia and 40 under general anesthesia.

Results: Pain before surgery, 84% of respondents declared that, it was strong (45%) or moderate (78%). On the day of the surgery the pain felt 65%, for 40% was it strong, for 50% moderate. The next day, 98% of patients felt pain (74% severe and 26% moderate), and at discharge 69% (63% moderate pain, and 17% pain weak). Pain management was sufficient for 78% of patients. NSAIDs were used in 88% of patients and in 12% – tramadol, and by 15% combined the two drugs. All patients underwent surgery under general anesthesia required analgesics on the day of surgery.

Conclusions: The highest percentage of patients felt pain on the first day after surgery. The amount of pain decreased over time. The degree of feeling pain was independent of age. One group of patients required pain relief.

Key words: pain, inguinal hernia, operation.

include 32 women and 31 men, aged 24 to 91 years (mean – 60 years). Patients divided into 2 groups. Group A < 30 days and group B > 30 days between cholecystectomy and ERCP.

Results: Group A consisted of 19 patients, group B – 44. 54 patients underwent elective and 9 emergency operations (group A – 15/4, B – 39/5). 40 laparoscopic and 23 open cholecystectomy were performed (A – 10/9, B – 30/14). Conversion of laparoscopic surgery was necessary in 11 cases (A – 2, B – 9). Histopathological examination confirmed the presence of inflammation in 61 patients (A – 18, B – 43). Acute inflammation of the gallbladder was observed in the 24 cases (A – 12, B – 12) and chronic inflammation in 37 (A – 6, B – 31).

Conclusions: Performance of ERCP in the symptomatic cholelithiasis seems to be an indication for early cholecystectomy. Late cholecystectomy may require to perform frequent conversion.

Key words: cholecystectomy, ERCP.

P

Cholecystektomia laparoskopowa

P-00128

CHOLECYSTEKTOMIA PO ENDOSKOPOWEJ CHOLANGIOPANKREATOGRAFII WSTECZNEJ WYKONANEJ Z POWODU KAMICY ŻÓŁCIEWEJ. KIEDY OPEROWAĆ?

Justyna Kostro¹, Iwona Marek², Andrzej Hellmann¹, Jarek Kobiela¹, Dariusz Łaski¹, Stanisław Hać¹, Zbigniew Śledziński¹

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

²Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW) wywołuje odczyn zapalny w obrębie dróg żółciowych, co może mieć wpływ na możliwości operacyjne podczas późniejszej cholecystektomii. Niektóre przypadki wymagają operacji w trybie doraźnym, u pozostałych chorych ważne jest wyznaczenie optymalnego terminu zabiegu po przebyciu badania endoskopowym.

Cel: Celem pracy było określenie wpływu wykonanej ECPW na przebieg operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego oraz ocena zmian zapalnych w pęcherzyku w zależności od czasu pomiędzy procedurami.

Materiał i metody: W latach 2007–2012 operowano 63 chorych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego, u których wcześniej wykonano ECPW z powodu objawowej kamicy przewodowej. Materiał obejmował 32 kobiety i 31 mężczyzn, w wieku od 24 do 93 lat (śr. 60 lat). Chorych podzielono na 2 grupy. Grupa A: cholecystektomia < 30 dni, grupa B: > 30 dni od ECPW.

Wyniki: Grupa A liczyła 19 chorych, grupa B – 44. 54 chorych operowano w trybie planowym i 9 doraźnie (gr. A – 15/4, gr. B – 39/5). Wykonano 40 operacji metodą laparoskopową i 23 „na otwarto” (A – 10/9, B – 30/14). Konwersja operacji laparoskopowej była konieczna w 11 przypadkach (A – 2, B – 9). Badanie histopatologiczne potwierdziło obecność stanu zapalnego u 61 chorych (A – 18, B – 43). Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego obserwowano w 24 preparatach (A – 12, B – 12), a przewlekłe zapalenie w 37 (A – 6, B – 31).

Wnioski: Wykonane ECPW z powodu objawowej kamicy żółciowej wydaje się wskazaniem do wczesnej cholecystektomii. Późna cholecystektomia jest obarczona wyższym odsetkiem konwersji.

Słowa kluczowe: cholecystektomia, ECPW.

ABSTRACT

Introduction: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) induces an inflammatory reaction in the bile ducts, which can affect for conditions of subsequent cholecystectomy. Some cases require emergency operations for the other patients, it is important to find optimal time of surgery after endoscopy procedures.

Purpose: The aim of this study was to determine the impact of ERCP on the cholecystectomy and evaluation of gall bladder inflammation in dependence on time between procedures.

Material and methods: In the years 2007-2012, 63 patients had operated due to gallbladder calculi, where previously ERCP had been performed because of symptomatic choledocholithiasis. The material

P-00150

LAPAROSKOPOWA CHOLECYSTEKTOMIA TECHNIKĄ POJEDYNCZEGO DOSTĘPU – CZY NAS NA TO STAĆ? PORÓWNANIE KOSZTÓW RÓŻNYCH TECHNIK OPERACYJNYCH

Maciej Matyja, Marcin Strzałka, Andrzej Budzyński, Kazimierz Rembiasz

II Katedra Chirurgii Ogólnej w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Powszechnie uważa się, iż stosowanie techniki pojedynczego dostępu w laparoskopowej cholecystektomii (*single incision laparoscopic cholecystectomy* – SILC) nadal wymaga dalszych badań.

Cel: Celem niniejszej pracy jest określenie rentowności tej procedury w polskich realiach finansowych. Zbadaliśmy koszty trzech różnych technik operacyjnych: konwencjonalnej laparoskopowej cholecystektomii, SILC oraz SILC bez użycia portu.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywną analizę, w której porównano trzy grupy pacjentów. Grupę pierwszą stanowili pacjenci, u których wykonano konwencjonalną laparoskopową cholecystektomię, grupę drugą stanowili pacjenci operowani techniką SILC (n = 20), kolejną grupę stanowili pacjenci operowani techniką SILC bez użycia portu (n = 20). Grupy te zostały dobrane według wieku, płci i BMI. Analizowano następujące parametry: częstość powikłań, czas zabiegu, koszty zabiegu, długość hospitalizacji oraz koszty hospitalizacji. Zabiegi techniką SILC zostały przeprowadzone z użyciem jednego z portów dostępnych na rynku. Zabiegi wykonywane techniką SILC bez użycia portu zostały przeprowadzone przez bezpośrednie wprowadzenie narzędzi operacyjnych przez niewielkie cięcie w pępku.

Wyniki: Średni koszt zabiegu był istotnie wyższy w grupie pacjentów operowanych techniką SILC z użyciem dedykowanego portu w porównaniu z pozostałymi grupami. Nie stwierdzono istotnej różnicy w odsetku powikłań, czasie zabiegu, czasie hospitalizacji ani w kosztach hospitalizacji pomiędzy trzema analizowanymi grupami.

Wnioski: Obecnie koszt portu przeznaczonego do zabiegów SILC nie pozwala na regularne korzystanie z tej procedury w polskich realiach finansowych. Według naszego doświadczenia, jedyną zaletą techniki pojedynczego dostępu w laparoskopii jest efekt kosmetyczny. Dlatego uważamy, iż stosowanie tej techniki jest uzasadnione w ograniczonej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: laparoscopia, pojedynczy, dostęp, koszty, cholecystektomia.

ABSTRACT

Introduction: It is generally agreed that single-incision laparoscopic cholecystectomy (SILC) still requires further studies to set its role in everyday surgical practice.

Purpose: The purpose of our paper was to evaluate cost-effectiveness of this method in Polish financial reality. We have analyzed costs of three different surgical techniques: conventional (multi-incision) laparoscopic cholecystectomy, SILC and no-port SILC.

Material and methods: We conducted a retrospective study that compared three groups of patients who underwent treatment with conventional laparoscopic cholecystectomy (n = 20), SILC (n = 20) and no-port SILC (n = 20). These groups were matched by age, sex and BMI.

Following parameters were analyzed: complication rate, operative time, operative costs, length of hospital stay, hospitalization costs. The SILC cases were performed with one of the three-trocar SILC ports available on the market. The no-port SILC cases were performed by single skin incision in the umbilicus, insertion of one 10 mm trocar for the operating instrument, another instrument and scope were inserted directly through small incisions in the aponeurosis without a dedicated port.

Results: The average operative cost was significantly higher in the SILC group comparing to the conventional laparoscopy group and the no-port SILC group. There was no significant difference in complication rate, operative time, length of hospital stay, or hospitalization costs. Between the three groups.

Conclusions: Currently the cost of the dedicated SILC port does not allow a regular use of this procedure in Polish financial reality. According to our experience improved cosmesis is the only advantage of the single incision laparoscopy, therefore we believe that it is reasonable to consider this technique in a very selected group of patients.

Key words: laparoscopy, cholecystectomy, single, access, costs.

P-00151

WYKORZYSTANIE TECHNIKI POJEDYNCZEGO DOSTĘPU W CHIRURGII LAPAROSKOPOWEJ

Marcin Strzałka, Maciej Matyja, Andrzej Budzyński, Kazimierz Rembiasz

II Katedra Chirurgii Ogólnej w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Kolejnym krokiem w rozwoju chirurgii małoinwazyjnej było wprowadzenie w laparoskopii techniki pojedynczego dostępu.

Cel: Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wyników różnych rodzajów zabiegów laparoskopowych wykonanych z zastosowaniem tej metody oraz ocena możliwości jej wykorzystania.

Materiał i metody: Badaniem objęto 102 chorych (15 mężczyzn, 87 kobiet) operowanych laparoskopowo z wykorzystaniem techniki pojedynczego dostępu w okresie od 15.10.2009 r. do 31.12.2012 r.

Wyniki: W analizowanym okresie wykonano z zastosowaniem techniki pojedynczego cięcia w pępku 72 cholecystektomie (70,6%), 8 lewostronnych adrenalektomii (7,8%), 3 prawostronnych adrenalektomii (2,9%), 7 splenektomii (6,9%), 5 fenestracji torbieli śledziony (4,9%), 2 appendektomie (2,0%), 1 fundoplikację Nissena (1,0%), 1 wyłuszczenie torbieli nadnercza (1,0%) i 3 jednoczesne splenektomie i cholecystektomie (2,9%). Odnotowano 3 konwersje techniczne do klasycznej laparoskopii, nie było konwersji do operacji otwartej. Powikłania wystąpiły u 5 operowanych chorych (4,9%). Średni czas operacji wynosił 79 min (SD = 40), a średni czas hospitalizacji 2,4 dnia (SD = 1,4).

Wnioski: Laparoskopowa technika pojedynczego dostępu jest metodą bezpieczną i może stanowić alternatywę dla klasycznej laparoskopii w różnych rodzajach operacji małoinwazyjnych, zwłaszcza u młodych chorych, dla których doskonały efekt kosmetyczny jest szczególnie istotny.

Słowa kluczowe: laparoscopia, pojedynczy, dostęp, wyniki.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic single access technique is a next step in development of minimally invasive surgery.

Purpose: The aim of the paper is presentation of the results of different laparoscopic single incision procedures and evaluation of this technique application.

Material and methods: 102 patients (15 males and 87 females) operated on laparoscopically with single incision technique from 15th October 2009 to 31st December 2012 were included in the study.

Results: In the analyzed period we performed 72 cholecystectomies (70.6%), 8 left adrenalectomies (7.8%), 3 right adrenalectomies (2.9%), 7 splenectomies (6.9%), 5 spleen cysts unroofings (4.9%), 2 appendectomies (2.0%), 1 Nissen fundoplication (1.0%), 1 removal of the adrenal cyst (1.0%) and 3 concomitant splenectomies and cholecystectomies (2.9%). There were 3 technical conversions to multiport laparoscopy, and no conversions to open technique. Complications were observed in 5 patients (4.9%). Average operation time was 79 min (SD = 40), average hospitalization time 2.4 day (SD = 1.4).

Conclusions: Laparoscopic single incision technique is a safe method and can be used as a reasonable alternative to multiport laparoscopy

in different minimally invasive procedures especially in young patients to whom an excellent cosmetic effect is particularly important.

Key words: laparoscopy, single, access, results.

P-00154

CHOLECYSTEKTOMIA LAPAROSKOPOWA U CHORYCH Z OTYŁOŚCIĄ W MATERIALE WŁASNYM

Hady Razak Hady, Jacek Dadan, Piotr Myśliwiec, Jerzy Łukaszewicz, Magdalena Łuba

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Otyłość jeszcze do niedawna była jednym z przeciwwskazań do laparoskopowego wycięcia pęcherzyka żółciowego w związku z dużymi trudnościami technicznymi.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w leczeniu chorych otyłych z kamcią pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową.

Materiał i metody: W latach 2000–2012 wykonano 92 cholecystektomie laparoskopowe u chorych otyłych z kamcią pęcherzyka żółciowego, w tym u 58 kobiet i 34 mężczyzn w wieku 46–82 lata. Masa ciała wynosiła 88–162 kg (średnio 102 kg), a BMI 32–57 (średnio 41,2). Z chorób towarzyszących stwierdzono u 59 chorych nadciśnienie tętnicze, u 23 chorobę wieńcową, u 34 cukrzycę, u 4 przebyły zawał mięśnia sercowego, u 2 utrwalone migotanie przedsionków i u 1 niedomykalność zastawki mitralnej.

Wyniki: Chorych operowano w pozycji Fowlera, pochylano na lewym boku i stosowano standardowe instrumenty. U większości chorych cholecystektomie laparoskopowe wykonano przy użyciu trzech trokarów (dwa o średnicy 10–12 mm i jeden 5 mm), a tylko w 12 przypadkach wprowadzono czwarty trokar. Czas trwania operacji wynosił 30–110 min (średnio 62 min) i nie odnotowano żadnych powikłań śródoperacyjnych. Chorych zazwyczaj wypisano do domu w 2. dobie po zabiegu, jedynie trzech z opóźnieniem: dwóch w 4. dobie z powodu gorączki, a trzeciego w 8. dobie z powodu wycieku żółci z łoża pęcherzyka żółciowego.

Wnioski: Z naszych obserwacji wynika, że cholecystektomia laparoskopowa u chorych otyłych jest metodą bezpieczną i o niewielkiej liczbie powikłań, stosunkowo krótkim czasie trwania zabiegu, zapewniającą lepsze gojenie ran i znacznie skracającą okres pobytu w szpitalu. Trudności techniczne związane są przede wszystkim z bezpiecznym wprowadzeniem trokarów przez bardzo grube powłoki jamy brzusznej, z utrzymaniem odpowiedniej odmy oraz z wypreparowaniem struktur zazwyczaj otłuszczonego więzadła wątrobowo-dwunastniczego. Tego typu zabiegi powinni wykonywać chirurdzy doświadczeni i dysponujący dobrym sprzętem laparoskopowym.

Słowa kluczowe: cholecystektomia laparoskopowa, otyłość.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic cholecystectomy in obese patients has been recently contraindicated.

Purpose: The aim of study was to present own experiences in laparoscopic treatment of obese patients with cholelithiasis.

Material and methods: Between 2000 and 2012 have been performed 92 laparoscopic cholecystectomies in obese patients with cholelithiasis including 58 women and 34 men, age 46-82. Body weight was between 88 and 162 kg (average 102 kg) and BMI was 32-57 (average 41.2). 59 patients developed hypertension, 23 coronary heart disease, in 34 diabetes was observed, 4 underwent myocardial infarction, 2 developed chronic atrial fibrillation and 1 mitral regurgitation.

Results: Patients were operated in Fowler's position – inclined and on the left side, with application of standard instruments. The majority of laparoscopic cholecystectomies were performed using three trocars (two with 10-12 mm of diameter and one – 5 mm) and only in 12 cases fourth trocar was necessary. The duration of procedures was between 30 and 110 minutes (average 62 min.) and no perioperative complications occurred. Patients have usually been dismissed home 2 days after the surgery, only 3 of them were delayed – 2 after 4 days according to fever and 1 after 8 days according to the leakage of the bile from cholecystis.

Conclusions: According to our observations, laparoscopic cholecystectomy in obese patients with different co-morbidities is a safe method causing small amount of complications, with short time of duration, ensuring better wound healing and shorter time of hospitalization. Technical difficulties connected with safe introduction of trocars through extremely thick abdominal walls, maintenance of proper edema and preparation of the structures from fatty hepatoduodenal ligament. This kind of procedures should be performed by experienced surgeons and with new laparoscopic equipment.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, obesity.

P

Laparotomia po urazie

P-00009

OSTATECZNE ZAMKNIĘCIE LAPAROSTOMII PLASTYKĄ PRZEDNIMI BLASZKAMI POCHEWEK MIĘŚNI PROSTYCH BRZUCHA

FINAL CLOSURE OF OPEN ABDOMEN USING THE BILATERAL ANTERIOR RECTUS ABDOMINIS SHEATH TURNOVER FLAP METHOD

Zbysław Grajek

Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
Instytut Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

STRESZCZENIE

Wstęp: Metoda leczenia schorzeń jamy brzusznej na otwarcie jest prowadzona wtedy, kiedy chirurgiczne leczenie choroby podstawowej nie pozwala na zamknięcie powłok. Ten sposób leczenia stwarza dwa problemy, niezależne od choroby podstawowej. Jednym jest codzienne, czasowe zamykanie laparostomii, a drugim ostateczne zamknięcie jamy brzusznej. Wybór sposobu zaszywania jamy brzusznej zależy od umiejscowienia cięcia laparostomijnego, stanu zachowania powłok oraz nasilenia procesu zapalnego. W arsenale chirurga znajdują się liczne metody różnego rodzaju plastyk powłok, użycie wszczepów siatek bądź leczenie z zastosowaniem podciśnienia.

Celem pracy jest przedstawienie problemów zamknięcia przewlekłej laparostomii oraz przedstawienie metody polegającej na wykonaniu plastyki z wykorzystaniem pochewek mięśni prostych.

Materiał i metody: Autor przedstawił opis i dokumentację fotograficzną tej metody. W pierwszym etapie odpreparowuje się skórę z tkanką podskórną od pochewek mięśni prostych brzucha. Następnie nacina się podłużnie blaszkę przednią na bocznych brzegach obu mięśni i odpreparowuje się od tkanki mięśniowej w kierunku przyśrodkowym, dochodząc do przeciętej podłużnie kresy białej. Tak wypreparowane pochewki z obu stron odwraca się przyśrodkowo i zeszywa, pokrywając laparostomię. Ponad nimi zeszywa się tkankę podskórną i skórę.

Wyniki: W porównaniu do leczenia metodą podciśnieniową, znacznie przyspiesza się leczenie i ułatwia pielęgnację chorego. Unika się wszyszywania materiału obcego mogącego podtrzymywać zakażenie. Nie ma również konieczności wykonywania przeciwnacięć skóry i etapowego leczenia, które jest niezbędne w przypadku pokrywania ubytku tylko skórą pełnej grubości. Jest to metoda znacznie prostsza technicznie niż wykonywanie plastyki uszypułowanymi płacami skóry.

Wnioski: Ograniczeniem jest możliwość zastosowania opisywanej metody do zamknięcia rany powłok brzusznych wykonanej z cięcia pośredniego.

Słowa kluczowe: laparostomia.

ABSTRACT

Introduction: The method of open abdomen treatment is conducted when the surgical treatment of an underlying disease does not allow to close the abdominal walls. This way of treatment causes two issues. The first one is the daily, temporary closing of laparoscopy and the second one is the final closing of abdominal cavity. The choice of stitching of the abdominal cavity depends on the placement of the laparoscopic incision, the conditions of abdominal walls and the severity of inflammation. In the surgical arsenal there are numerous methods of various types of abdominoplasty, using mesh implants or negative-pressure treatment.

The aim of the work is to describe the issues connected with the closing of chronic laparoscopy as well as presenting a method based on abdominoplasty with the use of vagina musculi recti abdominis.

Material and methods: The author presented a description and photographic documentation of the method. In the first stage, skin together with the subcutaneous layer is separated from vaginas musculi recti abdominis. Next, the anterior layer of the lateral muscle border is incised lengthwise and dissected from the muscle tissue in medial direction, reaching the lengthwise incised linea alba. The vaginas musculi recti abdominis dissected in such a way are then turned medially from both sides and stitched together, thus, covering laparoscopy. Above them, subcutaneous layer and skin are stitched together.

Results: In comparison with negative-pressure treatment, the healing is accelerated and patient care is facilitated. Foreign matter implementation is avoided, as it can sustain inflammation. There is also no need to perform counter skin incision and stage treatment, which is necessary when the defect is covered with skin of full thickness. The method is technically far simpler than conducting reconstruction using pedicled skin flaps.

Conclusions: The restriction of the described method is that it can be merely used to the closing of abdominal walls wounds performed with medial incision.

Key words: laparostomy.

Skojarzone leczenie chorych na nowotwory przewodu pokarmowego

P-00013

UŻYCIE SONDY ŚRÓDOPERACYJNEJ „NEO 2000 GAMMA DETECTION SYSTEM” Z ZASTOSOWANIEM 68GA-DOTATATE W OPERACJACH GUZÓW NEUROENDOKRYNNYCH PRZEWODU POKARMOWEGO I TRZUSTKI

Jan Maryański, Maciej Słodkowski, Marek Wroński, Dominika Karkocha

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

STRESZCZENIE

Wstęp: Neuroendokryne guzy przewodu pokarmowego to dość rzadkie nowotwory, które wywodzą się z komórek tworzących rozproszony układ neuroendokryny (DES – *diffuse neuroendocrine system*). Są one heterogenną grupą nowotworów, często skojarzoną z występowaniem objawów związanych z hipersekrecją hormonów i amin biogennych. Biologia tych nowotworów jest niesłychanie różnorodna, co stanowiło i nadal stanowi pewne problemy w ich nomenklaturze i klasyfikacji. Charakterystyczną cechą tych guzów jest nadekspresja receptorów somatostatynowych na powierzchni błony komórkowej. Fakt ten pozwala na zastosowanie analogów somatostatyny w leczeniu, diagnostyce, jak również w śródoperacyjnej lokalizacji tego rodzaju zmian.

Cel: Ocena przydatności sondy śródoperacyjnej z zastosowaniem 68Ga-DOTATATE w leczeniu guzów neuroendokrynych.

Materiał i metody: Chorzy z nowotworami neuroendokrynymi potwierdzonymi w diagnostyce obrazowej PET/CT z użyciem 68Ga-DOTATATE otrzymują bezpośrednio przed operacją „gorący” analog somatostatyny. Pozwala to na wykrywanie śródoperacyjne zmian na zasadzie różnicy promieniowania w stosunku do tła w okresie 2–3 godzin od podania analogu. Śródoperacyjnie ocenia się narządy wewnętrzne w poszukiwaniu zmian neuroendokrynych.

Wyniki: Nową metodę lokalizacji guzów neuroendokrynych zastosowano u 4 chorych. U dwóch chorych z guzami endokrynymi trzustki, jednego chorego z guzem jelita cienkiego, wyrostka robaczkowego i przerzutami do węzłów chłonnych oraz u chorej ze wznową *gastrinoma* w przestrzeni zaotrzewnowej. W przypadku guzów jelita cienkiego, wyrostka robaczkowego i krezki potwierdzono śródoperacyjnie obecność GEP NET. Badanie histopatologiczne preparatów potwierdziło charakter zmian.

Wnioski:

1. Zastosowanie sondy śródoperacyjnej z użyciem 68Ga-DOTATATE pozwala na identyfikację guzów neuroendokrynych zlokalizowanych w jelicie cienkim oraz krezce.

2. W przypadku guzów trzustki sposób ten zdaje się mieć ograniczone znaczenie ze względu na fizjologiczne gromadzenie znacznika przez nerki i śledzionę.

Słowa kluczowe: guzy neuroendokrynne, 68Ga-DOTATATE.

ABSTRACT

Introduction: Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors are rare neoplasms (GEP NET's) that derive from diffuse endocrine system (DES). There are a heterogenic group of tumors that often are associated with symptoms due to hypersecretion of hormones or biogenic amines. The biology of these tumors is very complicated, which makes problems of its nomenclature and classification. The characteristic feature of these neoplasms is oversecretion of somatostatin receptors. That fact allows to use somatostatin analogues in diagnosis, treatment and intraoperative localization of GEP NET's.

Purpose: Our purpose is to assess usefulness of hand-held gamma probe and 68Ga-DOTATATE in GEPNET surgery

Material and methods: The patients with GEP NET's confirmed with 68Ga-DOTATATE PET/CT scan were qualified for an elective operation. Before an operation patients were administered intravenously a 68Ga-DOTATATE. During the operation abdominal organs were scanned with hand-held gamma probe to localize neuroendocrine tumors.

Results: Up to date four patients were operated. Two of them suffered from pancreatic tumors. One with tumor of the small intestine, appendix and lymphatic nodes of the mesentery. Finally one with recurrence of gastrinoma localized in the retroperitoneal space. In case of small intestine, appendix and mesentery the tumors were confirmed intraoperatively. Histopathology exam confirmed neuroendocrine character of tumors.

Conclusions: Radioguided surgery using 68Ga-DOTATATE helps to localize neuroendocrine tumors of small intestine and the mesentery. However, due to high background activity (physiological uptake in e.g. spleen, adrenal glands and kidneys) tumors of the tail and body of pancreas might be impossible to detect with hand-held gamma probe.

Key words: gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors, 68Ga-DOTATATE.

P-00029

DYNAMIKA ZABURZEŃ SNU ORAZ FUNKCJONOWANIA PSYCHOFIZYCZNEGO PACJENTÓW PODDAWANYCH LECZENIU CHEMIOEMBOLIZACJĄ

Dariusz Zadrozny¹, Anna Walerzak²,
Bolesław Rutkowski², Zbigniew Śledziński¹

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

²Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIA

Wstęp: Częstość występowania raka wątrobowokomórkowego (HCC) w Polsce wzrasta. Chemoembolizacja (TACE) jest uważana za efektywną metodę leczenia paliatywnego. Zaobserwowano występowanie różnorodnych fizjologicznych oraz psychologicznych skutków ubocznych tej metody, tym niemniej rzadko stanowiły one przedmiot badań.

Celem badania było ustalenie występowania psychofizjologicznych skutków ubocznych TACE oraz ich czynników predykcyjnych.

Materiał i metody: Do analizy włączono 67 chorych, których badano bezpośrednio przed, miesiąc, 3 oraz 6 miesięcy po TACE. Oceniano występowanie objawów depresji i zaburzeń snu – ich determinant oraz dynamiki przebiegu. Ponadto ewaluowano trudności w funkcjonowaniu psychofizjologicznym oraz ogólną jakość życia pacjentów. Do badania użyto kwestionariusza FACIT-G, Rotterdamskiej Listy Objawów, Skali Depresji Becka i Kwestionariusza Jakości Snu, które są zwalidowanymi oraz wystandaryzowanymi metodami pomiaru zmiennych psychologicznych.

Wyniki: Wykazano występowanie istotnych statystycznie ($p < 0,001$) zaburzeń snu, pogarszających się po kolejnych zabiegach. Znaczące ($p < 0,001$) pogorszenie jakości snu zaobserwowano w obszarze jego efektywności, czasu trwania oraz latencji. Poza tym wykazano stopniowy, znaczący ($p < 0,05$) spadek nastroju zmierzający w kierunku objawów klinicznej depresji, w szczególności 3 oraz 6 miesięcy po pierwszej TACE.

Spadek ten następował bez względu na początkowy poziom objawów depresyjnych. Znaczące pogorszenie funkcjonowania psychofizycznego zaobserwowano u wszystkich pacjentów odpowiednio po 3 i 6 miesiącach ($p < 0,05$). Jakość życia uległa istotnemu ($p < 0,001$) pogorszeniu.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują na istotny związek pomiędzy TACE a występowaniem problemów psychofizycznych. Zaburzenia snu oraz objawy depresyjne ujawniły się u wszystkich pacjentów. Ponadto wystąpiły niepożądane objawy somatyczne oraz spadek ogólnej jakości życia. Wskazuje to na istotność wszechstronnego monitorowania pacjentów w przebiegu całego procesu leczenia chemoembolizacją. Klinicyści powinni być świadomi możliwości wystąpienia wymienionych objawów, z uwagi na ich możliwy wpływ modyfikujący zaangażowanie pacjenta w leczenie.

Słowa kluczowe: chemoembolizacja, guzy wątroby, psychofizjologia, sen.

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of hepatocellular carcinoma (HCC) in Poland is increasing. Chemoembolization (TACE) is considered as effective palliative treatment method. Various physical and psychological side effects of this treatment has been observed, however they were rarely the subject of researches

The aim of this study was to determine the prevalence of psychophysiological side effects of TACE and their predictors.

Material and methods: The analysis included 67 patients who were tested immediately before, a month, 3 and 6 months after TACE. Symptoms of depression and sleep disorders - their determinants and dynamics of the course were assessed. Psychophysiological problems in the functioning and overall quality of life were also evaluated. Following scales were used FACIT-G, the Rotterdam Symptom Checklist, the Beck Depression Inventory, and the Quality of Sleep Questionnaire, that are validated and standardized psychological measurement methods.

Results: Analyses revealed statistically significant ($p < 0.001$) sleep disturbance symptoms that were increasing after TACE. Remarkable ($p < 0.001$) deterioration in the sleep quality in particular as regards its efficiency, duration and latency were indicated. Moreover, gradual and significant ($p < 0.05$) mood relapse tending towards clinical depression particularly 3 and 6 months after first TACE was reported, regardless the initial depression level. Significant decrease of physical functioning in all patients appeared respectively after 3 and 6 months ($p < 0.05$). General quality of life also decreased remarkably on a significant level of $p < 0.001$.

Conclusions: The obtained results show a significant association between TACE and the occurrence of various psychical and physical symptoms. Sleep disturbance and depression revealed in all patients. Moreover undesirable somatic symptoms as well as general quality of life impairment occurred. These findings indicate the importance of patients global monitoring in course of the entire chemoembolization treatment process. Clinicians should be aware of the possible prevalence of the symptoms mentioned as it may affect the medical treatment by modifying patient's involvement in the treatment.

Key words: chemoembolization, liver tumors, psychophysiology, sleep.

P-00104

RAK GRUCZOŁOWY JELITA CIENKIEGO – BARDZO RZADKA CHOROBA NOWOTWOROWA PRZEWODU POKARMOWEGO

ADENOCARCINOMA OF THE SMALL BOWEL – THE VERY RARE NEOPLASTIC DISEASE OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Gustaw Lech, Mieczysław Jankowski, Maciej Ślōdkowski,
Andrzej Chaber, Ireneusz W. Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak gruczołowy jelita cienkiego jest bardzo rzadkim nowotworem przewodu pokarmowego.

Cel: Celem pracy była ocena częstości występowania, wczesnych i późnych objawów, przyczyn hospitalizacji i postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych z rakiem jelita cienkiego.

Materiał i metody: Ocena retrospektywną objęto materiał chorych hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2004–2013. W powyższym okresie leczonych było 6 chorych z potwierdzonym w badaniu histopatologicznym rakiem gruczołowym jelita cienkiego. W badanej grupie były 4 kobiety i 2 mężczyzn w wieku 43–66 lat (śr. 53,8 ± 6,2).

Wyniki: U 5 spośród 6 chorych wczesnymi objawami choroby nowotworowej były jedynie osłabienie i pogorszenie wartości morfologicznych krwi skłaniające do podjęcia dalszych badań diagnostycznych. W późniejszym czasie choroba manifestowała się bólami brzucha i objawami krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego (g.o.p.p.). U jednego chorego początkowe objawy sugerowały chorobę Leśniowskiego-Crohna, natomiast w okresie przedoperacyjnym dominowały cechy podniedożności. U wszystkich chorych z objawami krwawienia z g.o.p.p. guzy zlokalizowane były w początkowej części jelita czczego i zostały zdiagnozowane metodami endoskopowymi (enteroskopia, kapsułka endoskopowa). U jednego chorego z podniedożnością, u którego guz zlokalizowany był w jelicie krętym, rozpoznanie ustalono śródoperacyjnie. Wszyscy chorzy leczeni byli operacyjnie – wykonano odcinkowe resekcje jelita cienkiego. Nie obserwowano powikłań pooperacyjnych. Wszyscy chorzy otrzymali leczenie uzupełniające. U jednego chorego 2 lata po operacji stwierdzono nawrót choroby nowotworowej, który był również leczony operacyjnie.

Wnioski: Rak jelita cienkiego jest bardzo rzadką chorobą nowotworową przewodu pokarmowego, najczęściej objawiającą się krwawieniem z przewodu pokarmowego. Największe znaczenie w diagnostyce mają metody endoskopowe. Postępowaniem z wyboru jest leczenie operacyjne i u części chorych chemioterapia adiuwantowa. Ze względu na niski współczynnik zapadalności, późno występujące objawy – guzy diagnozowane, a następnie leczone są w późnym stadium zaawansowania, co zwykle wiąże się z niepewnym rokowaniem.

Słowa kluczowe: rak gruczołowy, jelito cienkie, rak jelita cienkiego, krwawienie z przewodu pokarmowego, dorośli.

ABSTRACT

Introduction: Adenocarcinoma of the small bowel is the very rare neoplastic disease of the gastrointestinal tract.

Purpose: The aim of the study was to investigate the incidence, early and late symptoms, reasons for hospitalization, diagnostic and therapeutic procedures in patients with cancer of the small bowel.

Material and methods: The retrospective evaluation was performed in the group of patients admitted to the Department of General, Gastroenterological and Oncological Surgery of the Medical University of Warsaw between 2004 and 2013 years. In this period of time 6 patients with histopathological diagnosis of adenocarcinoma were treated. The investigated group consisted of 4 women and 2 men aged 43-66 (53.8 ± 6.2).

Results: In 5 of 6 patients the early symptoms of cancer disease were only weakness and worsening of peripheral blood morphology parameters provoking other diagnostic procedures. Later the abdominal pain and clinical symptoms of upper gastrointestinal (GI) tract bleeding occurred. In 1 patient the early symptoms suggested the Crohn's disease, following by the subileus. In all patients with upper GI tract bleeding, tumors were localized in the jejunum and were diagnosed by endoscopic methods (enteroscopy, endoscopic capsule). Patient with subileus was diagnosed during the surgery with the tumor of the ileum. All the patients were operated – the partial resections of the small bowel were performed. No postoperative complications were observed. Every patient was treated with adjuvant chemotherapy. One patient was diagnosed with the recurrence of the cancer disease two years after surgery and was operated.

Conclusions: The small bowel cancer is a very rare neoplastic disease of the GI tract most often manifested with GI tract bleeding. The endoscopic methods have the greatest importance in the diagnostic protocol. Surgery is the method of choice in the therapeutic protocol following by adjuvant chemotherapy in some cases. Because of the low incidence, late symptoms, tumors are diagnosed and treated in the late stages of cancer disease, which is usually associated with doubtful prognosis.

Key words: adenocarcinoma, small bowel, small bowel cancer, adults, gastrointestinal bleeding.

P-00115

OCENA TOKSYCZNOŚCI NARZĄDOWEJ CHEMIOTERAPII W PROCEDURZE HIPEC (CHEMIOTERAPII DOOTRZEWNOWEJ W HIPERTERMII)

Kamil Drucis, Tomasz Jastrzębski, Tomasz Polec, Paulina Cichon, Michał Kąkol, Łukasz Dobosz, Janusz Jaśkiewicz

Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Dootrzewnowa chemioterapia w hipertermii (HIPEC) połączona z rozległym zabiegiem cytoredukcyjnym jest nowoczesną metodą leczenia pacjentów z rozsiewem śródtrzewnowym nowotworu poprawiająca ich 3-letnie rokowanie do 45%.

Cel: Celem badania jest ocena wpływu chemioterapii podanej dootrzewnowo na stan pacjentów w okresie pooperacyjnym z uwzględnieniem toksyczności narządowej.

Materiał i metody: Do badania włączono 53 pacjentów – 35 kobiet oraz 18 mężczyzn w wieku od 23 do 77 lat (średnia 49,78 roku, odchylenie standardowe 15,42), u których wykonano zabieg cytoredukcyjny z następczą procedurą HIPEC w okresie od czerwca 2009 r. do czerwca 2013 r. U 22 pacjentów rozpoznaniem pierwotnym był rak jelita grubego, u 4 – rak żołądka, u 4 – rak jajnika, u jednego – rak jądra, oraz nowotwory pierwotne otrzewnej. U dwóch pacjentów nie stwierdzono ogniska pierwotnego. Oceniano parametry morfologii krwi obwodowej, nerek oraz wątroby przed zabiegiem, w pierwszej i piątej dobie po operacji. Dane porównano z porównywalną grupą pacjentów z rozległymi zabiegami brzuszными.

Wyniki: Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach krwi obwodowej. Średni poziom hemoglobiny przed zabiegiem, w pierwszym i piątym dniu wynosił odpowiednio: 12,65 g/dl, 10,87 g/dl, 10,26 g/dl. Poziom białych krwinek: 7,13 g/l, 9,96 g/l, 6,12 g/l; granulocytów obojętnochłonnych: 4,77 g/l, 7,98 g/l, 4,37 g/l, a płytek krwi: $283 \times 10^9/l$, $191 \times 10^9/l$, $220 \times 10^9/l$. Nie stwierdzono zaburzeń funkcji nerek i wątroby. Średni poziom kreatyniny wynosił odpowiednio: 0,83 mg/dl, 0,72 mg/dl, 0,57 mg/dl, transaminazy alaninowej i asparaginianowej odpowiednio: 23,28 U/l, 45,9 U/l, 35,3 U/l oraz 24,35 U/l, 47,75 U/l, 23,4 U/l. Zaobserwowaliśmy jedynie istotny statystycznie wzrost poziomu d-dimerów, które wynosiły odpowiednio: 2001 mg/l, 4448 mg/l, 5552 mg/l. U żadnego z pacjentów nie stwierdzono incydentu neurologicznego ani kardiologicznego.

Wnioski: Wydaje się, że HIPEC z wykorzystaniem mitomycyny nie prowadzi do komplikacji hematologicznych ani pogorszenia funkcji wątroby i nerek. Warto jednak podkreślić, że wzrost poziomu d-dimerów może świadczyć o wyższym ryzyku choroby zakrzepowo-zatorowej u tych pacjentów. Konieczna jest dalsza ocena na większej grupie.

Słowa kluczowe: HIPEC, chemioterapia, toksyczność narządowa.

ABSTRACT

Introduction: Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) with cytoreductive surgery is a new method of treatment used in patients with intraperitoneal neoplasm spread, increasing their 3-year survival to 40-45%.

Purpose: The aim of our study was to evaluate the impact of chemotherapy administered intraperitoneally on the condition of patients and organ toxicity.

Material and methods: We analyzed data of 53 patients (35 women and 18 men) aged from 23 to 77 years (average: 49.78; SD: 15.42) who underwent HIPEC with cytoreductive surgery between June 2009 and June 2013. In 22 of them colon cancer, in 4 stomach cancer, in 4 ovarian cancer, one patient with testicle cancer and pseudomyxoma of peritoneum were diagnosed. Patients were followed up before and five days after surgery in the direction of hematological complications, renal and liver failure. The comparative statistical analysis was performed with the similar group of patients who underwent extensive abdominal surgery.

Results: There were no statistically significant deviations in blood count. The average hemoglobin level was sequentially: 12.65 g/dl, 10.87 g/dl, 10.26 g/dl. The white blood cell count was: 7.13 g/l, 9.96 g/l, 6.12 g/l. The neutrophile count was 4.77 g/l, 7.98 g/l, 4.37 g/l, and platelet level: $283 \times 10^9/L$, $191 \times 10^9/L$, $220 \times 10^9/L$. There were also no anomalies in the kidney and liver function. Average creatinine levels were

sequentially: 0.83 mg/dl, 0.72 mg/dl, 0.57 mg/dl, and alanine aminotransferase and aspartate aminotransferase levels were: 23.28 U/L, 45.9 U/L, 35.3 U/L and 24,35 U/L, 47.75 U/L, 23.4 U/L. We have noticed an increase of d-dimer levels in patients in the postoperative period. Their average level was successively 2001 mg/l, 4448 mg/l, 5552 mg/l. In addition, none of the patients in the postoperative period had neurological or circulatory deviations.

Conclusions: It seems that the intraperitoneal administration of mitomycin did not cause hematological complications and did not lead to a deterioration of kidney and liver function. Noteworthy is increasing d-dimers level, which can lead to the appearance of pulmonary embolism in patients after HIPEC. This problem requires further studies in a larger research group.

Key words: HIPEC, chemotherapy, organ toxicity.

Powikłania po operacjach małoinwazyjnych

P-00012

PRZEZSKÓRNA ENDOSKOPOWA GASTROSTOMIA – 600 WYKONANYCH PROCEDUR W MATERIALE JEDNEGO OŚRODKA

Gustaw Lech¹, Waldemar Pawłowski¹, Tomasz Guzel¹, Andrzej Opuchlik², Ireneusz Wojciech Krasnodębski¹

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

²Katedra i Klinika Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

Wstęp: Przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) jest małoinwazyjną procedurą stosowaną w celu zapewnienia dostępu do przewodu pokarmowego.

Celem pracy była ocena wyników leczenia z zastosowaniem PEG ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa procedury chirurgicznej i jej wczesnych powikłań.

Materiał i metody: Badaniami objęto grupę 600 chorych, u których założono PEG metodą pull. Wśród badanych chorych kobiety stanowiły 54,7%, a mężczyźni 45,3%. Średnia wieku wynosiła 63,4 roku. Najczęstszymi wskazaniami do założenia PEG były przyczyny neurologiczne (79,5%), w tym w największej liczbie SLA, dysfagia poudarowa, dysfagia po n.z.k., które łącznie stanowiły 65,9% wszystkich wskazań. Pozostałe grupy wskazań to nowotwory gardła i krtani (8,4%) oraz inne przyczyny (12,1%). Procedury chirurgiczne wykonywane były z zastosowaniem profilaktyki antybiotykowej, w znieczuleniu ogólnym z intubacją lub sedacji dożylną. Wszystkie założone zestawy PEG miały średnicę 18Ch i były wyprodukowane przez tego samego producenta. Warty podkreślenia jest fakt, że 85% procedur zostało wykonanych przez tego samego operatora.

Wyniki: Spośród 600 chorych, którym założono PEG, powikłania wystąpiły u 23 (3,8%) chorych. 11 (1,8%) spośród tych chorych zmarło w okresie okołoperacyjnym, w trakcie hospitalizacji w wyniku powikłań pozabiegowych, jak również w trakcie samego zabiegu wskutek znieczulenia ogólnego. Powikłania, które obserwowano w okresie okołoperacyjnym, to: zapalenie otrzewnej spowodowane zaciekiem treści żołądkowej u 5 chorych, perforacja poprzecznicy u 4 chorych, przemieszczenie ogranicznika wewnętrznego u 4 chorych, zakażenie miejsca operowanego powikłane martwicą powłok brzucha u 4 chorych, zaburzenia funkcji PEG u 4 chorych leczonych z powodu przewlekłej niedrożności spowodowanej wewnątrzotrzewnowym rozsiewem nowotworowym. U 10 (1,6%) chorych powikłania były leczone poprzez laparotomię, założenie innego rodzaju cewnika u 5 chorych, miejscowo u 3 chorych.

Wnioski: PEG zakładany według wystandaryzowanej procedury jest zabiegiem znacznie podnoszącym jakość życia chorych, obarczonym niskim (poniżej 4%) ryzykiem powikłań.

Słowa kluczowe: PEG, przezskórna endoskopowa gastrostomia, metoda pull, powikłania, dorośli, operacja.

ABSTRACT

Introduction: The percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a minimally invasive procedure very often performed in seriously ill patients to provide access to alimentary tract.

Purpose: The aim of the study was to evaluate the results of PEG tube placement with particular emphasis on the safety of the surgical procedure and its early complications.

Material and methods: The study group consisted of 600 patients with PEG inserted by standard endoscopic pull-through method. Among the patients 54.7% were women and 45.3% men. Mean age was 63.4 years. The most common indications for PEG tube placement were neurological disorders (79.5%), including the largest number of SLA, post-stroke dysphagia, dysphagia after cardiac arrest, which together accounted for 65.9% of all indications. Other indications: cancers of the larynx and pharynx (8.4%) and other causes (12.1%). Surgical procedures were performed under general anesthesia with intubation or intravenous sedation. Preoperative antibiotic prophylaxis was administered – one dose of 1.5 g cefuroxime. All PEG sets had a diameter of 18Ch and were produced by the same manufacturer. It is worth emphasizing that 85% of the procedures were performed by the same surgeon.

Results: Of the 600 patients, who underwent PEG placement complications occurred in 23 (3.8%) patients. 11 (1.8%) of these patients died in the perioperative period – during hospitalization, due to postoperative complications, as well as during the surgical procedure due to general anesthesia. Complications observed in the perioperative period were: peritonitis in 5 patients, transverse colon's perforation in 4 patients, catheter migration in 4 patients, surgical site infection complicated by abdominal wall necrosis in 4 patients, loss of PEG function in 4 patients treated because of chronic ileus caused by intraperitoneal cancer metastases. In 10 (1.6%) patients complications were treated by laparotomy, the insertion of different type tube in 5 patients. Surgical site infections in 3 patients were treated locally.

Conclusions: PEG tube inserted according to a standardized procedure is a operation significantly raising the quality of life of patients, with low (less than 4%) risk of complications.

Key words: PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy, pull method, complications, adults, surgery.

P-00033

CZY TRENING LABORATORYJNY MOŻE CHRONIĆ PRZED REALNYMI POWIKŁANIAMI?

Dariusz Łaski¹, Tomasz Stefaniak¹, Michał Kaczor¹, Łukasz Dobosz¹, Zbigniew Gruca²

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

²Pomorska Fundacja Rozwoju Chirurgii

STRESZCZENIE

Wstęp: Małoinwazyjne techniki operacyjne wymusiły zmianę podejścia do dydaktyki w chirurgii. Coraz większą wagę w nauczaniu laparoskopii przywiązuje się do ćwiczeń z wykorzystaniem laboratorium treningowego. Biorąc pod uwagę koszt wyposażenia i utrzymania centrum szkoleniowego, pojawia się pytanie, czy trening laboratoryjny podstawowych elementów laparoskopii przekłada się na umiejętności wykonania całej procedury chirurgicznej.

Cel: Praca ma na celu określenie wpływu podstawowych umiejętności laparoskopowych nabywanych podczas treningu na wykonanie procedury chirurgicznej na trenażerze wirtualnym.

Materiał i metody: W przeprowadzonym w roku akademickim 2011/2012 badaniu udział wzięło 81 studentów. Uczestników podzielono na dwie grupy – pierwsza (42 osoby) przeszła teoretyczny kurs laparoskopii (2 godziny) z naciskiem na aspekty techniczne cholecystektomii oraz trening cząstkowych umiejętności laparoskopowych na trenażerze skrzynkowym (28 godzin). Grupa druga (39 osób) odbyła wyłącznie kurs teoretyczny (2 godziny). Następnie uczestnicy z obu grup, po uprzednim instruktażu i „rozgrzewce” (2 godziny) na trenażerze skrzynkowym wykonali pełną cholecystektomię laparoskopową (LapVR).

Wyniki: Analizie statystycznej poddano czas wykonania zabiegu oraz kluczowe błędy techniczne mogące prowadzić do istotnych powikłań przy rzeczywistym zabiegu operacyjnym: utrata krwi ($p = 0,006$), maksymalne napięcie tkanek (61,38% vs 82,92%; $p = 0,01$), uszkodzenie wątroby, tętnicy lub przewodu pęcherzykowego ($p = 0,007$), nadmierna elektrokoagulacja oraz rozlanie treści żółciowej. Większość błędów technicznych była istotnie statystycznie liczniejsza w grupie bez manualnego treningu laparoskopowego (średnio 2,57 vs 4,69; $p = 0,001$), jednakże

paradoksalnie czas wykonania ćwiczenia nie wykazał statystycznej różnicy ($p = 0,31$) między badanymi grupami.

Wnioski: Zaproponowany przez autorów program szkolenia laparoskopowego w istotny statystycznie sposób zmniejsza ryzyko wystąpienia błędów technicznych w warunkach zabiegu wirtualnego, co prawdopodobnie przekłada się na zwiększenie bezpieczeństwa pierwszych zabiegów laparoskopowych wykonywanych przez młodego chirurga.

Słowa kluczowe: trening laparoskopowy, trener wirtualny, cholecysektomia, trener skrzynekowy, trening laboratoryjny.

P

ABSTRACT

Introduction: Minimal invasive techniques and modern tools force the surgical training boards to change traditional way of teaching surgery. In laparoscopic training more attention is paid to training on box trainer and virtual reality simulators. Considering costs of dry laboratory training a question should be posed if basic skills learnt during that kind of training reflect in ability to perform whole surgical procedure.

Purpose: Research was made to define influence of basic surgical skills, learnt during training on box trainer, on performance of full surgical procedure made on virtual trainer.

Material and methods: 81 medical students without any laparoscopic experience (37 female and 44 males) participated in our research carried in academic year 2011/2012. Students were divided in two groups: first group (42) have theoretical training (2 h) focused on technical aspects of laparoscopic cholecystectomy and manual laparoscopic training of basic partial skills like manipulation, cutting, clipping etc. (28 h on box trainer). Second group (39) have only theoretical training (2 h). At the end of course students, under supervision of experienced surgeon got instructions and have 2 h "warm up" on box trainer. After preparation they perform full laparoscopic cholecystectomy (LapVR – Immersion, USA).

Results: Key technical mistakes: blood loss (0.007 ml vs. 0.103 ml; $p = 0.006$), tissue stretch force (61.38% vs. 82.92%; $p = 0.01$), liver, cystic duct and cystic artery injury ($p = 0.007$), excessive electrocautery and bill spill, which may lead to complications during real operations were statistically analyzed. Most of those mistakes were significantly more frequent in group without manual training (mean 2.57 vs. 4.69; $p = 0.001$). What is interesting, time to perform operation, paradoxical did not differ between the groups ($p = 0.31$).

Conclusions: Proposed manual laparoscopic training course (LaB-Skills), reduces the risk of technical mistakes during virtual surgical procedure – which probably reflects in increased safety of first real operations performed by young surgical resident.

Key words: laparoscopic training, virtual trainer, box trainer, cholecystectomy, dry lab training.

P-00048

SPLENEKTOMIA LAPAROSKOPOWA POWIKŁANA TORBIELĄ TRZUSTKI W PRZEBIEGU ZIARNICY ZŁOŚLIWEJ: OPIS PRZYPADKU

Grzegorz Krasowski¹, Andrzej Budzyński²,
Maciej Miodoński³, Werner Janus⁴, Sławomir Rowiński⁵

¹Oddział Chirurgii Ogólnej KCZ w Krapkowicach, Politechnika Opolska

²II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

³Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Wojewódzki, Opole

⁴ Szpital Wojskowy, Wrocław

⁵Oddział Chirurgii Ogólnej KCZ w Krapkowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Splenektomie wykonywane są wśród pacjentów leczonych z powodu chłoniaków, głównie gdy zaistnieją takie wskazania, jak: małopłytkowość, splenomegalia z objawami uciskowymi i bólami z powodu powtarzających się zawałów śledziony, ciężka niedokrwistość autoimmunologiczna wymagająca przetoczeń preparatów krwi. Powodem splenektomii może być również niepewność diagnostyczna przy braku innych możliwości potwierdzenia rozpoznania.

Celem pracy było przedstawienie przypadku pacjenta z ziarnicą, u którego wykonano splenektomię powikłaną torbielą trzustki. W dalszej kolejności pacjenta leczono technikami małoinwazyjnymi z równoczesną chemioterapią.

Materiał i metody: Na przełomie lipca i sierpnia 2012 r. pacjent był diagnozowany w oddziale hematologii, gdzie postawiono podejrzenie chłoniaka śledziony z towarzyszącą hepatosplenomegalią i niedokrwistością małopłytkową. Pacjent został zakwalifikowany do splenektomii celem potwierdzenia rozpoznania i leczenia niedokrwistości. 10.09.2012 r. wykonano splenektomię laparoskopową. W przebiegu pooperacyjnym obserwowano cechy zapalenia płuc po stronie lewej z intensywnym wysiękiem opłucnowym. Wdrożono leczenie zachowawcze, w tym antybiotykoterapię systemową empiryczną, a następnie zgodnie z posiewem z płwociny, uzyskując ustąpienie objawów zapalenia płuc. W 10. dobie po zabiegu pacjent został wypisany ze szpitala.

Wyniki: Badanie histopatologiczne dało rozpoznanie chłoniaka Hodgkina. W lewej jamie opłucnowej obserwowano dużą ilość płynu. W łożu po śledzionie rozległy zbiornik płynowy o wymiarach ok. 20 x 10 x 15 cm. W dniu 17.10.2012 r. wykonano ECPW. W dniu 22.10.2012 r. wykonano zabieg drenażu zewnętrznego torbieli trzustki. W dniu 23.10.2012 r. założono drenaż lewej jamy opłucnowej. Dren usunięto w 7. dobie. Drenaż przezskórny torbieli utrzymano w trakcie pierwszego cyklu chemioterapii.

Wnioski: Duże rozmiary śledziony nie stanowią bezwzględnie przeciwwskazania do wyboru metody laparoskopowej przy splenektomii, choć mogą sprawiać trudności techniczne. Techniki małoinwazyjne można z powodzeniem stosować zarówno przy splenektomii, jak i przy leczeniu niektórych jej powikłań. Przy zaopatrywaniu torbieli trzustki dobre efekty przynosi połączenie drenażu zewnętrznego z wewnętrznym.

Słowa kluczowe: splenektomia laparoskopowa, wsteczna cholangiopancreatografia, torbiel trzustki, chłoniak Hodgkina.

ABSTRACT

Introduction: Patients suffering from Hodgkin's disease are subjected to splenectomy in the following cases: thrombocytopenia, decrease of leukocyte number, splenomegaly with pain as a result of recurring spleen infarctions, anaemia requiring blood transfusion and the uncertainty of diagnostic procedures.

The aim of this study was to present the case of a patient with Hodgkin lymphoma. Patient has undergone laparoscopic splenectomy complicated by pancreatic cyst. Subsequently, the patient was treated with minimally invasive techniques with concurrent chemotherapy.

Material and methods: At the turn of July and August of 2012, the patient was diagnosed at the Haematology Ward. As the spleen lymphoma with the associated hepato and idiopathic thrombocytopenia was suspected, the patient was qualified for splenectomy to treat the thrombocytopenia and to confirm the diagnosis. On 10.09.2012 laparoscopic splenectomy was performed. In the post-operative course, the symptoms of lung inflammation were observed on the left side with extensive pleural effusion. Conservative treatment was introduced, including systemic empirical antibiotic-therapy and targeted antibiotic-therapy after microbiological results from the sputum sample were obtained. The lung inflammation symptoms cleared up in 10 days after operation.

Results: Histopatologic evaluation confirmed the diagnosis of Hodgkin's lymphoma. In the left pleura, a high amount of fluid was detected. In the splenic bed, fluid collections of 20 x 20 x 15 cm were detected. On 17.10.2012 ERCP was performed. On 22.10.2012 an external drain of the pancreatic cyst was performed. On 23.10.2012 left plura drainage was established. After 7 days, the drain was removed. The percutaneous drain of the cyst was kept during the first cycle of chemotherapy.

Conclusions: The big size of the spleen is not an absolute contraindication for the application of laparoscopic splenectomy. However, due to spleen size, some technical difficulties may appear. Minimal Invasive Techniques may be successfully applied for splenectomy and for the treatment of some postoperative complications. During pancreatic cyst surgery, good results may be achieved by the application of both internal and external drainage.

Key words: laparoscopic splenectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, pancreatic cyst, Hodgkin's lymphoma.

P-00126

WSPÓŁCZESNE MAŁOINWAZYJNE METODY TERMOABLACJI PNIOWEJ W LECZENIU ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH

MODERN MINIMALLY INVASIVE METHODS OF VENOUS TRUNKS THERMOABLATION FOR THE TREATMENT OF VARICOSE VEINS

Witold Woźniak¹, Robert Krzysztof Mlosek², Karol Forsyński¹, Piotr Ciostek¹, Leszek Gruszecki³

¹I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Diagnostyki Ultrasonograficznej i Mammografii II Wydziału Lekarskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Lecznica Life-Med w Grodzisku Mazowieckim

STRESZCZENIE

Wstęp: Niezadowalające wyniki leczenia żyłaków kończyn dolnych zmuszają do poszukiwania nowych sposobów terapii.

Cel: Celem pracy było porównanie trzech różnych metod termoablacji pniowych (EVLT, RF i SVS) i klasycznej operacji żyłaków sposobem Babcocka pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa.

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki operacyjnego leczenia żyłaków kończyn dolnych u 216 chorych, 175 kobiet i 41 mężczyzn, ze średnią wieku 53,7 roku (SD 13,8), hospitalizowanych w latach 2010–2011. 56 chorych poddano termoablacji laserowej, 58 termoablacji falami o częstotliwości radiowej, 52 termoablacji parą wodną i 50 chorych operowano klasycznie. Chorych poddanych termoablacji operowano w znieczuleniu miejscowym bez udziału anestezjologa, zaś operowanych klasycznie w znieczuleniu przewodowym. Zaawansowanie kliniczne określano na podstawie skali CEAP. Łagodną postacią niewydolności żyłnej (C2-C3) miało 128 chorych (59,3%), a ciężką (C4-C6) 88 (40,7%). Do oceny stopnia ciężkości choroby stosowano wskaźnik ciężkości stanu klinicznego niewydolności żyłnej (VCSS), którego wartość punktową określano na krótko przed operacją oraz po 6 miesiącach. Porównano stopień redukcji wskaźnika VCSS po każdej operacji. Oceniono i porównano liczbę rekanalizacji pni żylnych, stopień nawrotów żyłaków oraz liczbę i rodzaj powikłań po każdym typie operacji.

Wyniki: Stopień redukcji wskaźnika VCSS po wszystkich typach operacji był podobny i we wszystkich grupach zanotowano istotne jego zmniejszenie. Największą liczbę rekanalizacji pni żylnych zanotowano po termoablacji falami o częstotliwości radiowej, a najmniejszy po parze wodnej. Odsetek nawrotów żyłaków i liczba powikłań były podobne w każdej z grup. U żadnego chorego nie stwierdzono przypadków żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej ani zatorowości płucnej.

Wnioski: Skuteczność i bezpieczeństwo operacji EVLT, RF i SVS jest porównywalna do operacji klasycznej metodą Babcocka. Małoinwazyjny charakter obliteracji termicznych w porównaniu z klasyczną operacją skłania do tezy, że powinny być one operacją z wyboru we współczesnym leczeniu żyłaków kończyn dolnych.

Słowa kluczowe: żyłaki kończyn dolnych, leczenie małoinwazyjne.

ABSTRACT

Introduction: Unsatisfactory results of current treatment of varicose veins force to look for a new treatment methods.

Purpose: The aim of this study was a comparison of the efficacy and safety between methods of venous trunks thermoablation (EVLT, RF and SVS) and the classical method of Babcock's operation.

Material and methods: We analyzed 216 patients suffering from varicose veins, 175 women and 41 men, the average age was 53.7 (SD 13.8) who were operated from 2010 to 2012. From this group 56 patients underwent laser thermoablation, 58 radiofrequency ablation, 52 steam ablation and 50 patients were operated on by classic methods. Patients who underwent ablation were operated under local anaesthesia without an anaesthesiologist, whereas patients who were operated on by classic methods underwent regional anaesthesia. Clinical staging was determined by the scale of the CEAP. Mild form of venous insufficiency (C2-C3) was in 128 patients (59.3%), and severe (C4-C6) was in 88 (40.7%). To assess the severity of disease we used Venous Clinical Severity Score (VCSS), the value of which was determined shortly before the operation and after 6 months. We evaluated and compared: the degree of reduction VCSS index, the amount of venous trunks recanalization, the degree of recur-

rence of varicose veins and the number and type of complications after any type of operation.

Results: The degree of reduction VCSS index after all types of surgery was similar in all groups and we noted a significant reduction of this index. The highest number of venous trunks recanalization was observed after radiofrequency waves ablation, and the smallest after the steam ablation. The recurrence of varicose veins and complication rates were similar in each group. We noted no cases of venous thromboembolism or pulmonary embolism.

Conclusions: The efficacy and safety of operations EVLT, RF and SVS is comparable to the classical method of Babcock's operation. Minimally invasive nature of the thermal obliteration compared to classical surgery leads to the conclusion that venous trunks thermoablation should be the method of choice in the modern treatment of varicose veins.

Key words: varicose vein, minimally invasive techniques.

P-00220

WSTRZAŚ SEPTYCZNY W PRZEBIEGU ROPNIA WĄTROBY LECZONEGO DRENAŻEM PRZEZSKÓRNYM

Jadwiga Snarska^{1,2}, Maciej Michalak^{2,3}, Krzysztof Jacyna^{1,2}, Bartłomiej Biedziuk^{1,2}, Artur Zalewski^{1,2}, Artur Krzywicki^{1,2}

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

²Samodzielny Publiczny ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

³Katedra Onkologii Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

STRESZCZENIE

Wstęp: Ropnie wątroby to zwykle następstwo ciężkich powikłań ostrych stanów zapalnych jamy brzusznej. Tylko w nielicznych przypadkach nie znany czynnika przyczynowego. Zwykle do powstania ropnia dochodzi drogą krwio- lub żółciopochodną.

Cel: Opis przypadku. Prezentowany przypadek to chora w wieku lat 18 przyjęta do Kliniki Chirurgii Ogólnej celem leczenia dużego ropnia wątroby rozpoznanego w badaniach obrazowych w szpitalu rejonowym.

Materiał i metody: W momencie przyjęcia bez istotnych objawów klinicznych. Badania biochemiczne w granicach normy. Z badania podmiotowego wynikało, że przed 3 miesiącami była wykonana appendektomia techniką laparoskopową z powodu ropowiczego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przebieg pooperacyjny powikłany ropieniem ran po trokarach. Chora leczona z powodu choroby Gravesa-Basedowa. W prawym płacie wątroby w badaniu USG i TK jamy brzusznej zmiana hipodensyjna 50 x 45 x 40 mm. Pod kontrolą USG wykonano punkcję przezskórną ropnia, uzyskując 50 ml gęstej, cuchnącej treści ropnej. W momencie wycofywania przewodnicy wystąpiły objawy wstrząsu septycznego. Z treści ropnej wyhodowano *Streptococcus* β-hemolizujący z grupy C i *Bacteroides streacorialis*. Rozpoczęto leczenie wstrząsu septycznego. Antybiotykoterapię od 3. doby stosowano zgodnie z badaniami mikrobiologicznymi i wrażliwością. Już w 5. dobie stwierdzono masywne, zlewające się zgęszczenia mięsiste w obrębie płuc. Z jamy ropnia wypływała niewielka ilość treści surowiczno-ropno-krwistej. Założono drenaże obu jam opłucnowych ze względu na narastające objawy niewydolności i płyn w obu jamach opłucnowych.

Wyniki: W trakcie leczenia obserwowano poprawę. W 24. dobie chorą w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu. Badanie kontrolne TK jamy brzusznej i klatki piersiowej w 3. miesiącu od momentu wypisania bez istotnych zmian morfologicznych.

Wnioski: Zmiany ogniskowe ropne wątroby zawsze są zagrożone możliwością wystąpienia wstrząsu, natomiast w przypadku tej chorej obserwowano rozwój wstrząsu septycznego przebiegającego w sposób piorunujący.

Słowa kluczowe: wstrząs septyczny, ropień wątroby, drenaż przezskórny.

ABSTRACT

Introduction: Liver abscesses usually result from serious complications of acute inflammations in the abdominal cavity. The etiological

factor remains unknown only in rare cases. Commonly, abscesses develop via a biliary or hematogenous route.

Purpose: This report describes the case of an 18-year old female patient admitted to the Clinical Department of General Surgery in order to treat a large liver abscess diagnosed during imaging examinations in a regional hospital.

Material and methods: On admission the patient presented no significant clinical symptoms. Biochemistry results were in normal ranges. Medical interview revealed that 3 months ago laparoscopic appendectomy had been performed due to phlegmonous appendicitis. Postoperative period was complicated by the suppuration of trocar wounds. The patient had been treated due to Graves-Basedow disease. Abdominal ultrasound and computed tomography scans revealed a hypodense lesion, 50 x 45 x 40 mm, in the right lobe of the liver. Transcutaneous puncture of the abscess was performed under ultrasound control and 50 ml of thick, odorous pus was obtained. When the needle guide was being removed, symptoms of septic shock appeared. Group C β -hemolytic Streptococci and Bacteroides stercoris were cultured from the obtained pus. Management of the sepsis was introduced. Since the 3rd day antibiotic therapy was adjusted according to microbiological results and antibiotic sensitivity. On the 5th day massive parenchymal density was detected. A small amount of serosanguinous and purulent fluid oozed from the abscess cavity. Both pleural cavities were drained due to increasing symptoms of insufficiency and fluid in both pleural cavities.

Results: The implemented treatment proved to be effective. The patient was discharged on the 24th day in a good general condition.

Conclusions: Focal purulent lesions in the liver are always associated with a risk of septic shock; however, in the described case septic shock developed extremely rapidly.

Key words: septic shock, liver abscess, transcutaneous drainage.

V-00001

ROLA TELOCYTÓW W KAMICY ŻÓŁCIOWEJ

THE ROLE OF TELOCYTES IN CHOLELITHIASIS

Artur Pasternak^{1,2}, Krzysztof Gil³, Mirosław Szura¹, Andrzej Matyja¹, Jan Kulig¹¹Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum²Katedra Anatomii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum³Katedra Patofizjologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

STRESZCZENIE

Wstęp: Do mechanizmów prowadzących do powstania kamicy żółciowej zalicza się hipersekrecję i przesylenie żółci cholesterolom, zwiększoną sekrecję śluzu oraz zastój żółci. Kluczowe znaczenie ma jednak zaburzenie motoryki pęcherzyka żółciowego prowadzące do zastojowej treści i przyspieszonej krystalizacji cholesterolu w litogenicznej żółci. Ostatnio w pęcherzyku żółciowym zaobserwowano obecność nowego rodzaju komórek śródmiąższowych – telocytów (określanych dotychczas jako komórki śródmiąższowe typu Cajala). Komórki o podobnej morfologii opisuje się także w innych narządach i chociaż ich rola pozostaje niejasna, to przypuszcza się, że mogą one być włączone w procesy przekazywania sygnału i odpowiadać za utrzymanie napięcia mięśniówki gładkiej.

Cel: Identyfikacja telocytów w ścianie pęcherzyka żółciowego u chorych z kamicią i w grupie kontrolnej oraz próba korelacji ich liczby z właściwościami litogennymi żółci.

Materiał i metody: Grupa badana liczyła 24 chorych operowanych z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego, grupa kontrolna – 25 chorych operowanych z powodu guza głowy trzustki, u których nie stwierdzono kamicy. Oznaczenie telocytów przeprowadzono w skrawkach parafinowych ze ściany pęcherzyka, stosując technikę pośredniej podwójnej immunofluorescencji z użyciem przeciwciał pierwotnych skierowanych przeciwko receptorowi c-Kit i tryptazie mastocytarnej. Jednocześnie przeprowadzono analizę stężeń cholesterolu, fosfolipidów i kwasów żółciowych w śródoperacyjnie pobranych próbkach żółci pęcherzykowej.

Wyniki: Liczba telocytów w grupie badanej była statystycznie istotnie niższa w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,001$) i korelowała ze wzrostem indeksu litogenności żółci. W grupie kontrolnej obserwowano statystycznie istotnie wyższe stężenie kwasu gliko- i taurocholowego w żółci w porównaniu z grupą badaną, podczas gdy stężenia fosfolipidów i innych kwasów żółciowych nie różniły się.

Wnioski: Wyniki wskazują, że skład żółci może odgrywać ważną rolę w zmniejszeniu gęstości telocytów i w ten sposób prowadzić do powstania kamicy pęcherzyka żółciowego.

Słowa kluczowe: telocyty, komórki śródmiąższowe typu Cajala, c-Kit, kamica żółciowa.

ABSTRACT

Introduction: The major mechanisms of gallstone formation include biliary cholesterol hypersecretion, supersaturation and crystallization, mucus hypersecretion, gel formation and bile stasis. Gallbladder hypomotility seems to be a key event that triggers the precipitation of cholesterol microcrystals from supersaturated lithogenic bile. A new type of interstitial cells, telocytes (formerly called Interstitial Cajal-like cells), have been recently identified in many organs, including gallbladder. Considering telocyte functions, it is presumed that these cells might be involved in the signaling processes.

Purpose: The purpose of this study was to visualize telocytes in the human gallbladder of patients with cholelithiasis and to correlate the quantity of such cells in the gallbladder wall with the lithogenic properties of bile.

Material and methods: Gallbladder specimens were collected from 24 patients who underwent elective laparoscopic cholecystectomy for symptomatic gallstone disease. The control group consisted of 25 consecutive patients who received elective treatment for pancreatic head tumors. Telocytes were visualized in paraffin sections of gallbladders with double immunofluorescence staining method, using primary antibodies against c-Kit (anti-CD117) and anti-mast cell tryptase. Concurrently, cholesterol, phospholipid and bile acid levels were measured in gallbladder bile.

Results: The number of telocytes in the gallbladder wall was significantly lower in the study group than that in the control group ($P < 0.001$)

and correlated with a significant increase in the cholesterol saturation index. The glycocholic and taurocholic acid levels were significantly elevated in the control subjects compared with the study group, whereas phospholipids and other bile salts levels remained unchanged.

Conclusions: The results suggest that bile composition may play an important role in the reduction in telocytes density in the gallbladder and thus, the telocyte loss could be related to gallstone formation.

Key words: telocytes, interstitial Cajal-like cells, c-Kit, cholelithiasis.

V-00002

APPEKDEKTOMIA LAPAROSKOPOWA – CZY TO JUŻ STANDARD?

LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY – STANDARD OR NOT?

Wojciech Makarewicz¹, Maciej Bobowicz¹, Roman Marczewski², Janusz Jaśkiewicz¹¹Klinika Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego²Oddział Chirurgii Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie

STRESZCZENIE

Wstęp: Pomimo rozwoju chirurgii małoinwazyjnej i dostępności oprzyrządowania laparoskopowego appendektomie stanowiły tylko 27,9% zabiegów resekcji wyrostka robaczkowego w województwie pomorskim w latach 2010–2012.

Celem badania jest porównanie wyników leczenia oraz aspektów ekonomicznych laparoskopowej (LA) i klasycznej (OA) appendektomii od czasu wprowadzenia metody do uzyskania biegłości przez jeden zespół operacyjny.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 266 kolejnych pełnoletnich pacjentów: 98 OA i 168 LA. Rozkład płci: K 39,1%, M 60,9%. Średni wiek 32,3 ± 11,8 roku, średnie BMI 25,1 ± 4,3 kg/m². Wcześniejsze operacje brzuszne 10,2%. Co najmniej 7 punktów w skali Alvarado uzyskało po 64,3% chorych. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego StatSoft. Inc.

Wyniki: Średni czas operacji LA w latach 2006–2010 wyniósł 76 ± 21 min i był krótszy od średniego czasu OA o 1 min. W 2010 r. średni czas operacji wyniósł 85 min OA, 67 min LA i 95 min konwersje, $p = 0,04$. Odsetek konwersji = 9,5%. Technika LA skutkuje mniejszym zużyciem leków przeciwbólowych: średnie zużycie Tramalu 383 ± 223 mg OA vs 299 ± 197 mg LA, $p = 0,003$; Ketonalu 567 ± 391 mg i 309 ± 217 mg, $p = 0,0001$; i skróceniem pobytu w szpitalu odpowiednio 4 i 3 dni, $p = 0,0001$. Analiza jedno- i wieloczynnikowa parametrów przedoperacyjnych (składowe skali Alvarado, CRP, BMI, wiek) nie potwierdziła ich wartości predykcyjnej w rozpoznawaniu OZWR. Leczenie OZWR przy zastosowaniu techniki LA wiązało się z oszczędnością średnio w kwocie około 335 zł na pacjenta. Koszt leczenia przy zastosowaniu LA liczony przez Szpital był średnio o 12% niższy niż operacji OA (średnio 2469 zł vs 2805 zł, konwersje 3037 zł) głównie dzięki skróceniu czasu operacji i pobytu w szpitalu.

Wnioski: Obserwowany niski odsetek appendektomii wykonywanej techniką LA nie znajduje uzasadnienia medycznego i ekonomicznego. Zastosowanie techniki LA, po przekroczeniu krzywej uczenia, skraca czas operacji średnio o 20 minut i wiąże się z oszczędnością 335 zł na chorego. Zaleca się, by laparoskopowa appendektomia stała się standardowym postępowaniem w niepowikłanych przypadkach OZWR.

Słowa kluczowe: laparoskopowa appendektomia, analiza ekonomiczna.

ABSTRACT

Introduction: Despite the progress of minimally invasive surgery and accessibility of equipment, only 27.9% of all appendiceal resections in Pomeranian Province in 2010–2012, were performed laparoscopically.

The aim of this study was to compare economical aspects of laparoscopic (LA) and open (OA) appendectomies since the introduction of this method till the overcoming of the learning curve by a single surgical team.

Material and methods: The study group consisted of 266 patients, aged 18 and over: 98 and 168 in OA and LA groups. Gender distribution was F = 39.1%; M = 60.9%. The mean age was 32.3 ± 11.8 years, the



mean BMI was 25.1 ±4.3 kg/m². Previous abdominal surgery was noted in 10.2% cases. 64.3% of all patients in both groups achieved at least 7 points on Alvarado score. Statistical analysis was performed with use of computer software StatSoft. Inc.

Results: During the years 2006-2010, the mean operative time was 76 ±21 min for LA and was shorter by 1 min from OA operations. In 2010, the mean operative time was 85 min OA, 67 min LA and 95 min conversions, $p = 0.04$. Conversion rate was 9.5%. LA decreases use of analgesics: the mean Tramadolium hydrochloricum usage was 383 ±223 mg OA vs. 299 ±197 mg LA, $p = 0.003$; Ketoprofen 567 ±391 mg and 309 ±217 mg, $p = 0.0001$; and shortens hospital stay 4 and 3 days respectively, $p = 0.0001$. Univariate and multivariate analysis of preoperative factors (Alvarado score factors, CRP, BMI, age) did not proof their predictive value for acute appendicitis diagnosis. The use of LA allowed savings of 335 PLN per patient. The total cost of treatment was 12% smaller for LA in comparison to OA (mean 2469 PLN vs. 2805 PLN, conversions 3037 PLN) mainly due to the shortened operative time and hospital stay.

Conclusions: Observed low frequency of laparoscopic appendectomies is justified neither medically nor economically. After overcoming the learning curve, use of LA technique shortens the mean operative time by 20 min and allows savings of 335 PLN per patient. It is recommended to implement laparoscopic appendectomy as a standard treatment in non-complicated acute appendicitis.

Key words: laparoscopic appendectomy, economic analysis.

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is a chronic, non-specific inflammatory process and may involve every part of the gastrointestinal tract. It is characterized by a long-term course of recurrent patchy areas of inflammation involving the entire depth of the intestinal wall with a tendency to form abscesses and fistulas. Surgical treatment is indicated for patients with a weak response for pharmacological treatment or with complications during pharmacological therapy.

The aim of the study was a retrospective analysis of our group of surgically treated patients with crohn disease between year 2007 and 2013.

Material and methods: We analyzed medical records of 42 patients treated in our surgical unit (22 men and 20 women) aged between 14 and 68.

Results: Crohn disease was most often localized in: the ileocaecal area $n = 31$ (73.8%), other parts of the large intestines and the rectum $n = 9$ (21.4%) and duodenum $n = 2$ (4.8%). 18 patients were repeatedly hospitalized to specify the diagnosis or to be provided with nutritional support. Patients with ileocaecal localization were qualified for surgical resection of the inflamed area with primary anastomosis. Patients with disease localized in large intestines underwent: left hemicolectomy ($n = 1$), colectomy ($n = 2$), sigmoidectomy ($n = 1$), resection of the rectum ($n = 1$), digestive track reconstruction ($n = 3$). Gastro-intestinal anastomosis was performed for patients with duodenal localization. 10 patients (23.8%) had experienced postoperative complications: postoperative ileus $n = 5$, intraabdominal abscess $n = 3$, wound infections $n = 2$, bleeding $n = 2$, urinary tract infections $n = 1$. Medium hospital stay was 8.8 days (5-23).

Conclusions: Patients with crohn disease were most often qualified for surgical treatment with ileocaecal localization. Proper preoperative preparation and nutritional treatment improved surgical outcome.

Key words: Crohn disease.

V

V-00015

LECZENIE CHIRURGICZNE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Ina Zajęc-Lenczewska, Marcin Folwarski, Marek Dobosz

Pomorskie Centrum Traumatologii

STRESZCZENIE

Wstęp: Choroba Leśniowskiego-Crohna jest przewlekłym nieswoistym procesem zapalnym i może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego. Charakteryzuje się wieloletnim przebiegiem nawracających odcinkowych zapaleń obejmujących całą grubość ściany jelita z tendencją do tworzenia ropni i przetok. Postępowanie chirurgiczne jest zarezerwowane dla pewnej grupy pacjentów z niepowodzeniami leczenia farmakologicznego, jak również z powikłaniami w przebiegu farmakoterapii.

Celem pracy była retrospektywna analiza własnego postępowania chirurgicznego u chorych operowanych z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna w latach 2007–2013.

Materiał i metody: Przeanalizowano dokumentację medyczną 42 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale (22 mężczyzn i 20 kobiet) w wieku 14–68 lat.

Wyniki: Przeważali chorzy ze zmianami zlokalizowanymi w okolicy krętniczo-kątniczej – 31 (73,8%), zmiany zapalne w pozostałych odcinkach jelita grubego i odbytnicy – 9 (21,4%), u 2 (4,8%) chorych proces zapalny dotyczył dwunastnicy. 18 pacjentów (43%) było kilkakrotnie hospitalizowanych celem pogłębienia diagnostyki, przedoperacyjnego przygotowania żywieniowego. U chorych ze zmianami zlokalizowanymi w okolicy krętniczo-kątniczej wykonywano resekcję zmienionego zapalnie odcinka jelita cienkiego i kątnicy z pierwotnym zespoleniem. U chorych operowanych z powodu zmian w jelicie grubym wykonano: hemikolektomię lewostronną (1), kolektomię (2), resekcję esicy (1), resekcję odbytnicy (1), amputację odbytnicy (1), u 3 rekonstrukcję przewodu pokarmowego. U chorych z zajęciem dwunastnicy wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe. W przebiegu pooperacyjnym u 10 (23,8%) pacjentów wystąpiły powikłania okołoperacyjne: podnieżrożność przewodu pokarmowego (5), ropień wewnątrzbrzuszy (3), zakażenie rany operacyjnej (2), krwawienie (2), zakażenie układu moczowego (1). Średni czas hospitalizacji wyniósł 8,8 dnia (5–23).

Wnioski: Do leczenia operacyjnego najczęściej byli kwalifikowani chorzy ze zmianami w lokalizacji krętniczo-kątniczej. Odpowiednie przygotowanie przedoperacyjne, w tym leczenie żywieniowe, poprawia wyniki leczenia.

Słowa kluczowe: choroba Leśniowskiego-Crohna, leczenie chirurgiczne.

V-00016

PRZYPADKI PRZYWRÓCENIA ŻYWIENIA DOUSTNEGO U CHORYCH ŻYWIONYCH DOJELITOWO W WARUNKACH DOMOWYCH (HEN)

Waldemar Szafranski, Tomasz Jodłowski, Marcin Folwarski, Marek Dobosz

Pomorskie Centrum Traumatologii

STRESZCZENIE

Wstęp: W ciągu ostatnich lat obserwuje się w Polsce rozwój leczenia żywieniowego, w tym żywienia dojelitowego domowego.

Cel: Przedstawienie przypadków przywrócenia żywienia doustnego u chorych żywionych dojelitowo w warunkach domowych (HEN) w ciągu pięciu lat działalności.

Materiał i metody: Analiza przypadków pacjentów poddanych procedurze HEN, u których obserwowano przywrócenie żywienia *per os* w latach 2008–2013.

Wyniki: Spośród 170 pacjentów leczonych HEN obserwowano przywrócenie żywienia doustnego u 9 pacjentów (5%). Rozpoznanie kliniczne w omawianej grupie to nowotwory przewodu pokarmowego (3 chorych), nowotwory głowy i szyi (2), uraz czaszkowo-mózgowy (1), jatrogenne uszkodzenie przełyku (2), mukowiscydoza (1). Wskazaniem do procedury HEN były: niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego (2 chorych), dysfagia (5), wyniszczenie z niedożywienia (2). Rodzaje wytworzonego dostępu to: PEG (4 chorych), gastrostomia (1), jejunostomia (4). Procedura HEN była prowadzona do momentu uzyskania pełnej autonomii przewodu pokarmowego i wynosiła od 17 do 904 dni (średnio 295 dni). U wszystkich chorych stosowano diety przemysłowe polimeryczne wysokoenergetyczne i wysokobiałkowe, w trakcie żywienia nie obserwowano objawów ubocznych ze strony przewodu pokarmowego ani powikłań wytworzonego stałego dostępu. Powrót do odżywiania *per os* był możliwy dzięki leczeniu operacyjnemu przywracającemu drożność lub ciągłość przewodu pokarmowego (3 chorych), dzięki skutecznemu leczeniu onkologicznemu z ustąpieniem dysfagii i/lub umożliwiającemu radykalne leczenie operacyjne (3 chorych) oraz dzięki intensywnej rehabilitacji neurologicznej (3 chorych).

Wnioski: Istotnym czynnikiem w przywróceniu odżywiania *per os* okazało się przywrócenie drożności przewodu pokarmowego poprzez

zastosowane leczenie operacyjne, onkologiczne i intensywną rehabilitację neurologiczną.

Słowa kluczowe: żywienie dojelitowe domowe, przywrócenie żywienia doustnego.

ABSTRACT

Introduction: In the past few years we observe the development of the nutrition therapy together with home enteral nutrition in Poland.

The aim of the study was to present patients with restored oral nutrition after home enteral nutrition procedure within last five years of our activity.

Material and methods: Patients treated with home enteral nutrition (HEN) from year 2008 to 2013 were analyzed to determine the percentage of oral nutrition restoration.

Results: Among 170 of patients treated with home enteral nutrition (HEN) oral nutrition was restored in 5% (n = 9). In this group patients suffered from: digestive tract cancer (n = 3), head and neck cancer (n = 2), consequences of head trauma (n = 1), iatrogenic esophagus lesions (n = 2), cystic fibrosis (n = 2). Indications for HEN were: occlusion of upper gastrointestinal tract (n = 2), dysphagia (n = 5), inanition with malnutrition (n = 2). Routes of nutrition access were: percutaneous endoscopic gastrostomy (n = 4), surgical gastrostomy (n = 1), jejunostomy (n = 4). Medium course of HEN lasted from 17 to 904 days (medium 295) until full autonomy of the digestive tract was achieved. All patients received high-energy and high-protein nutritional products. We observed neither gastrointestinal complications of enteral nutrition nor any complications related to the access routes of nutrition. Restoration of the oral nutrition was possible due to: surgical recovery of the digestive tract's continuity (n = 3), effective oncological treatment with withdrawing of dysphagia or enabling radical surgical treatment (n = 3) and intensive neurological rehabilitation (n = 3).

Conclusions: Most important factors in restoring oral nutrition were the recovery of the digestive tract's continuity achieved through surgical and oncological treatment, and the intensive neurological rehabilitation.

Key words: home enteral nutrition, restoration of oral nutrition.

V-00017

ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH (HPN) PROWADZONE PRZY ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ – WYNIKI I DOŚWIADCZENIA PIERWSZYCH 2,5 LAT DZIAŁALNOŚCI

Tomasz Jodłowski, Waldemar Szafrąński, Marcin Folwarski, Marek Dobosz

Pomorskie Centrum Traumatologii

STRESZCZENIE

Wstęp: Procedurę HPN stosuje się u chorych z objawami przewlekłej niewydolności jelitowej, których stan zdrowia pozwala na bezpieczne leczenie domowe.

Cel: Przedstawienie doświadczeń 2,5 lat prowadzenia HPN w pierwszym tego typu ośrodku w województwie pomorskim.

Materiał i metody: Analiza 23 chorych zakwalifikowanych do procedury HPN w okresie VI 2010 roku – XII 2012 roku. Ocena wieku, płci, rodzaju wskazań do procedury HPN, etiologii zespołu krótkiego jelita, stopnia sprawności wg skali Karnofskiego, rodzaju worków żywieniowych i dostępu parenteralnego, występowania powikłań, wyników leczenia.

Wyniki: Procedurą HPN objęto 23 chorych w wieku od 22 do 81 lat. Wskazania do żywienia pozajelitowego obejmowały pacjentów onkologicznych (65%) i leczonych z powodu chorób łagodnych (35%). Najczęstszym wskazaniem do procedury HPN były wielopoziomowa niedrożność nowotworowa (45%) w przebiegu raka żołądka lub jajnika oraz zespół krótkiego jelita (41%) w wyniku zatoru/zakrzepu tętnicy krezkowej górnej (70%). Stopień sprawności wg skali Karnofskiego średnio wynosił 72,6 punktu. Stosowane dostępy do żywienia parenteralnego to cewniki centralne typu Broviac (57%), porty centralne (30%) oraz cewniki centralne nietunelizowane typu Arrow (13%). Wśród zastosowanych worków żywieniowych były indywidualne worki typu All-in-one jak i gotowe worki typu ready-to-use (RTU). Najczęstsze powikłania związane były z dostępem centralnym, spośród nich 35% dotyczyło zakażeń odcewnikowych CRBSI. Liczba zakażeń odcewnikowych na 1000 osobodni z cew-

nikami wyniosła 1,84. Całkowita długość żywienia pozajelitowego w domu wyniosła średnio 188 +-220 dni, a jej zakres wynosił od 4 do 708 dni. Przeżyło 8 chorych (35%), 12 pacjentów zmarło (52%), u 2 (9%) zakończono procedurę HPN, a u 1 (4%) wskutek odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego uzyskano autonomię pokarmową.

Wnioski: Żywienie pozajelitowe w warunkach domowych u pacjentów z nieodwracalną niewydolnością jelitową jest procedurą ratującą życie.

Słowa kluczowe: żywienie pozajelitowe domowe, zespół krótkiego jelita, zakażenia odcewnikowe.

ABSTRACT

Introduction: Home parenteral nutrition (HPN) is suggested for patients with gastrointestinal tract insufficiencies who are in adequate general condition for home treatment.

The aim of the study was to share the experience of the first Pomorian HPN center after 2,5 years of activity.

Material and methods: We analyzed 23 patients scheduled for HPN procedure from June 2010 to December 2012. We assessed medium age, gender, indications for HPN, etiology of short bowel syndrome, disability according to Karnofsky scale, the type and access routes of parenteral nutrition, incidence of complications and treatment results.

Results: We enrolled 23 patients to the HPN procedure aged 22 to 81. Indications for parenteral nutrition were: oncological (65%) and mild diseases (35%). The most common indications for the HPN procedure were: multilevel intestinal obstruction due to disseminated (mainly gastric or ovarian) cancer (45%), and short bowel syndrome (41%) as a result of superior mesenteric artery thrombosis (70%). Mean result for the Karnofsky disability scale was 72.6 points. HPN access routes were: central Broviac catheters (57%), central ports (30%) and central Arrow-type catheters (13%). We used individually prescribed all-in-one nutrition bags and ready-to-use bags. Most common complications were related to the central catheters, with 35% rate of catheter-related bloodstream infections. Catheter infection rate calculated for 1000 patients/per day was 1,84. Medium total length of home parenteral nutrition was 188 +-220 days, ranged from 4 to 708 days. Eight patients survived (35%), 12 patients died (52%), 2 patients (9%) ended the procedure, and 1 (4%) ended HPN after having the digestive tract's continuity restored.

Conclusions: Home parenteral nutrition for patients with irreversible intestinal failure is a life-saving procedure.

Key words: home parenteral nutrition, short bowel syndrome.

V-00018

DOSTĘPY DOJELITOWE W MATERIALE ODDZIAŁU CHIRURGII

Waldemar Szafrąński, Marcin Folwarski, Marek Dobosz

Pomorskie Centrum Traumatologii

STRESZCZENIE

Wstęp: Prawidłowe wykrywanie niedożywienia oraz leczenie żywieniowe odgrywa podstawową rolę w opiece medycznej.

Cel: Analiza dostępow dojelitowych wytworzonych u 705 chorych w latach 2007–2012.

Materiał i metody: Przeanalizowano wskazania i rodzaje wytworzonych dostępow dojelitowych.

Wyniki: Dostępy dojelitowe podzielono na przetoki odżywcze wykonane endoskopowo – PEG, wykonane operacyjnie – gastrostomię lub jejunostomię, oraz czasowy dostęp dojelitowy z zastosowaniem sondy nosowo-jelitowej po dużych operacjach górnego odcinka przewodu pokarmowego. W omawianym okresie wykonano w Poradni Endoskopowej przy oddziale chirurgicznym 494 zabiegi wytworzenia PEG. Wiek chorych wahał się od 18. do 93. roku życia (średnio 69 lat). Poza chorymi z oddziału chirurgicznego (110 chorych) do wytworzenia PEG byli także kierowani chorzy z oddziałów: wewnętrznego (125), OIOM (119), neurologii (104), neurochirurgii (34), rehabilitacji neurologicznej (7), laryngologii (3). Najczęstsze wskazania do założenia PEG to dysfagia neurogenna i wyniszczenie z niedożywienia. W latach 2007–2012 wykonano operacyjnie 62 przetoki odżywcze, w tym 32 gastrostomie i 30 jejunostomie. Wiek chorych wahał się od 38. do 89. roku życia (średnio 64 lata). Wśród wskazań do wytworzenia gastrostomii odżywczej dominowały nowotwór gardła i jamy ustnej (31%), górnych dróg oddechowych (25%) i przeły-

ku (15%), wśród wskazań do wytworzenia jejunostomii – nieoperacyjny nowotwór żołądka (83%). Dostęp dojelitowy z wykorzystaniem sondy nosowo-jelitowej zakładanej śródoperacyjnie był stosowany u chorych po pankreatoduodenektomii (79 chorych) i po gastrektomii (70 chorych). Żywnienie przez sondę rozpoczynano w 0 dobie pooperacyjnej i kontynuowano przez 5–7 dni z dobrą tolerancją.

Wnioski: Na przestrzeni ostatnich 5 lat wzrasta wyraźnie liczba wytworzonych dostępow dojelitowych, zwłaszcza dostępu PEG. Jest to związane z lepszą identyfikacją chorych niedożywionych i szybszym wdrożeniem leczenia żywieniowego.

Słowa kluczowe: dostęp dojelitowy, PEG, gastrostomia, jejunostomia.

V

ABSTRACT

Introduction: Properly diagnosed malnutrition and nutritional therapy play important role in patient care.

Purpose: The aim of the study was to analyze access routes for enteral nutrition of 705 patients treated from the year 2007-2012.

Material and methods: Types of access routes and indications for enteral feeding were analyzed.

Results: Analyzed access routes for enteral nutrition were: percutaneous endoscopic gastrostomy, surgical gastrostomy and jejunostomy, temporal enteral nutrition using naso-jejunal feeding tube after major surgery of upper gastrointestinal tract. In the analyzed period of time we performed 494 percutaneous endoscopic gastrostomies in the endoscopic unit. Average age of patients ranged from 18-93 (medium – 69). Patients qualified for the procedure were hospitalized in: the surgical unit (n = 110), internal medicine unit (n = 125), intensive care unit (n = 119), neurological unit (n = 104), neurosurgical unit (n = 34), neurological rehabilitation unit (n = 7), laryngological unit (n = 3). Main indications were: neurogenic dysphagia and inanition with malnutrition. From the year 2007-2012 we performed 62 surgical nutritional access routes: 32 gastrostomies and 30 jejunostomies. Average age of patients ranged from 38-89 (medium – 64). Main indications for gastrostomies were cancer localized in: mouth and throat (31%), upper respiratory tract (25%) and the esophagus (15%). For jejunostomies main indication was inoperative gastric cancer (83%). We introduced enteral nutrition using naso-jejunal tube placed intraoperatively after pancreatoduodenectomies (n = 79) and gastrectomies (n = 70). The tube feeding was initiated from the day of the surgery until 5-7 days and was well tolerated by the patients.

Conclusions: Over the last five years the amount of patients treated with enteral nutrition (especially through percutaneous endoscopic gastrostomy) has significantly increased. The reason for it is the better identification of malnourished patients and earlier implementation of nutritional therapy.

Key words: PEG, gastrostomy, jejunostomy.

V-00019

OCENA PORÓWNAWCZA WYNIKÓW LECZENIA OPERACYJNEGO TORBIELI PILONIDALNEJ METODĄ PROSTEGO WYCIĘCIA Z MARSUPIALIZACJĄ BRZEGÓW Z METODĄ PRZESUNIĘTEGO PŁATA SKÓRNEGO SPOSOBEM LIMBERGA

Paweł Dutkiewicz, Maja Gorajska, Przemysław Ciesielski, Sylwia Mossakowska, Paweł Siekiński

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy w Wołominie

STRESZCZENIE

Wstęp: Torbiel włosowa jest chorobą zapalną okolicy ogonowej występującą zwykle w grupie osób pomiędzy 20. a 40. rokiem życia. Najczęściej stosowanymi metodami operacyjnymi są proste wycięcie ze szczelnym zeszcieniem rany, wycięcie torbieli z pozostawieniem rany do gojenia wtórnego z marsupializacją brzegów lub plastyka płatem skórnym.

Cel: Porównanie 2 metod operacyjnych przetoki włosowej: przez proste wycięcie z marsupializacją brzegów rany (MB) oraz przez wycięcie z plastyką uszypułowanym płatem sposobem Limberga (SL).

Materiał i metody: W latach 2007–2012 operowano 31 chorych (4 kobiety, 27 mężczyzn) w wieku od 19 do 57 lat (śr. wieku 28 lat). Metodą wycięcia prostego z marsupializacją brzegów rany zoperowano 12 pacjentów, a 16 metodą z przesunięciem płata skórno sp. Limberga. Okres obserwacji: od 6 do 70 miesięcy. Wszystkich chorych wezwano na badania kontrolne. Na wezwanie odpowiedziało 28 pacjentów (90%). Oceniono czas i przebieg gojenia, wystąpienie powikłań, ból w trakcie hospitalizacji oraz po wygojeniu. Oceniano również wystąpienie lub brak nawrotu choroby. Ból był oceniany przez pacjentów w trakcie hospitalizacji oraz w okresie po wygojeniu w skali wizualnej od 1 do 10.

Wyniki: Średni czas hospitalizacji wyniósł: 3,7 dnia (SL) oraz 3,5 dnia (MB). Średni czas zagojenia rany pooperacyjnej wyniósł 5,5 tyg. (SL) oraz 6,5 tyg. (MB). Nawroty wystąpiły odpowiednio u 25% (SL) i 25% (MB). Powikłania wynosiły 19% w grupie operowanych sp. Limberga oraz 42% w grupie operowanych prostym wycięciem. Ból oceniany w okresie pooperacyjnym i po wygojeniu rany wyniósł odpowiednio: 2,62 pkt i 0,31 pkt (SL) oraz 4,75 pkt i 1,00 pkt (MB).

Wnioski:

1. Operacje z jednoczasowym zamknięciem ubytku przy użyciu uszypułowanego płata skórno metodą Limberga skutkowały krótszym czasem gojenia w porównaniu do prostego wycięcia zmiany z marsupializacją brzegów.
2. W przypadku obu metod nawroty choroby obserwowane były na podobnym poziomie i wynosiły 25%.
3. Operacje torbieli sposobem prostego wycięcia z marsupializacją charakteryzowały się ponad dwukrotnie większą liczbą powikłań pooperacyjnych.
4. Ból pooperacyjny był większy w grupie osób operowanych prostym wycięciem.

Słowa kluczowe: torbiel pilonidalna, płat Limberga, marsupializacja.

ABSTRACT

Introduction: The cystis pilonidalis is an inflammatory disease that occurs mostly around the rectal area in the group between 20-40 years of age. The most common methods for pilonidal cystis treatment is simple excision with tight closure, leaving the wound to heal per secundam with edges marsupialization or skin flap procedure.

Purpose: Comparison of two surgical methods: by simple excision with marsupialization (MB) and by cutting a Limberg flap procedure (SL).

Material and methods: Between 2007 to 2012, 31 patients were operated (4 women, 27 men) in the age between 19 and 57 (average age was 28). 12 patients were operated by a simple excision with marsupialization, 16 by Limberg flap procedure. The observation period was 6 to 70 months. All patients were invited for a control examination. 28 patients appeared, the follow up is 90%. We compared patients hospitalization time, complications, recurrences, time and course of healing, symptoms reported by the patient during the postoperative period and after healing. We also compared the pain during hospitalization and after healing using visual scale from 1 to 10 pts.

Results: Average hospital stay was 3.7 days (SL) and 3.5 days (MB). Average wound healing time was 5.5 weeks (SL) and 6.5 weeks (MB). Recurrences occurred in 25% (SL) and 25% (MB). Complications were 19% in the operated by Limberg flap procedure and 42% in a simple surgical excision with marsupialization. Pain assessed in the postoperative period and after wound healing was respectively 2.62 points and 0.31 points (SL) and 4.75 points and 1.00 points (MB).

Conclusions:

1. Operations with simultaneous closure of the wound with a Limberg skin flap method resulted in a shorter healing time compared to a simple excision with marsupialization.
2. In the case of both methods recurrences were observed at similar levels and were 25%.
3. Operations with marsupialization were characterized by twice more postoperative complications than Limberg flap.
4. Postoperative pain was greater in patients undergoing simple excision with marsupialization.

Key words: pilonidal sinus, Limberg flap, marsupialization.

V-00020

OCENA PRZYDATNOŚCI TESTU KAŁOWEGO TUMOR M2-PK W WYKRYWIANIU POLIPÓW JELITA GRUBEGO ŚREDNICY POWYŻEJ 1 CM W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA DYSPLAZJI

Cezary Płatkowski, Marek Dobosz

Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika, Gdańsk

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak jelita grubego (RJG) jest jednym z częściej występujących nowotworów w Polsce, z rocznym wzrostem zachorowalności na poziomie 2–3%. RJG powstaje głównie na bazie polipów, które ulegają przemianie nowotworowej. Poszukiwanie skutecznej metody przesiewowej pozwalającej na wczesne wykrycie zmian przednowotworowych jest sposobem na poprawę wyników leczenia.

Celem pracy jest ocena przydatności testu opartego na wykrywaniu kinazy pirogronianowej w kale pacjentów, w korelacji z wielkością polipów i stopniem ich dysplazji.

Materiał i metody: Badaniem objęto chorych poddanych badaniu kolonoskopowemu. Materiałem do badania były próbki kału pobierane od pacjentów przed badaniem i mrożone do temperatury (–20)°C. Do badania testem Tumor M2-PK kwalifikowano próbki kału od chorych, u których wykryto polipy średnicy ≥ 1 cm, usunięte następnie endoskopowo i poddane badaniu mikroskopowemu. Z badania wykluczono próbki kału od chorych ze stwierdzonym RJG, zmianami zapalnymi, złym przygotowaniem jelita oraz z niepełnym badaniem kolonoskopowym. Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego usuniętych polipów podzielono chorych na dwie grupy: z małym i dużym stopniem dysplazji. Próbkę kału pacjentów spełniających kryteria były zbadane testem Tumor M2-PK.

Wyniki: Do badania zakwalifikowano 355 chorych. Z badania wyłączono 64 osoby. W grupie pozostałej, u 132 wykryto polipy gruczolakowate, z czego u 39 osób stwierdzono polipy o średnicy powyżej 1 cm, a u 15 z nich stwierdzono dodatkowo współistnienie polipów małych. Dysplazję małego stopnia zdiagnozowano u 32 chorych, zaś dużego stopnia u 7. W grupie chorych z dysplazją „low grade” dodatni wynik testu tumor M2-PK stwierdzono u 10 chorych, co stanowiło 31,25%, a w grupie chorych z dysplazją „high grade” u 3 chorych, co stanowiło 42,85%.

Wnioski: Test Tumor M2-PK może być przydatny jako badanie przesiewowe w wykrywaniu polipów jelita grubego powyżej 1 cm, zwłaszcza z dużym stopniem dysplazji. Badania wymagają kontynuacji na większej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: dysplazja, kinaza pirogronianowa, polipy jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is one of the most frequent malignancies in Poland with morbidity rate increasing 2-3% per annum. It develops mainly on the basis of polyps transforming into malignancy. Searching for an efficient screening method of early detection of precancerous stages may improve treatment results.

Purpose: Aim of this study is to evaluate usability of faecal pyruvate kinase test in comparison to size and dysplasia status of colorectal polyps.

Material and methods: Study material consisted of patients undergoing colonoscopy. Faecal samples were collected from the patients before the procedure and frozen in –20°C. Samples from the patients with polyps larger than 1cm were qualified for Tumor M2-PK test. The polyps were excised during the procedure and sent for microscopic analysis. Patients with diagnosed colorectal cancer, inflammatory changes, inadequate bowel preparation and those where endoscopy was not complete were excluded from the study. Remaining patients were divided into two groups according to dysplasia status in the pathologist report: low-grade and high-grade. Their faecal samples were tested with Tumor M2-PK.

Results: 355 patients were qualified for the study. 64 patients were excluded. In the analysed group 132 patients had adenoma polyps. Among them in 39 cases polyps were larger than 1cm, in 15 cases there were additional small polyps. Low-grade dysplasia was diagnosed in 32 patients, high-grade dysplasia in 7. In low-grade dysplasia group Tumor M2-PK test was positive in 10 patients (31.25%). In high-grade dysplasia group test was positive in 3 patients (42.85%).

Conclusions: Tumor M2-PK test may be valuable as a screening tool for polyps larger than 1cm, especially with high grade dysplasia. Study should be continued on larger group of patients.

Key words: dysplasia, pyruvate kinase, colorectal polyps.

V-00021

DIAGNOSTYKA, LECZENIE I PRZYCZYNY KRWAWIEŃ Z GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO W MATERIALE WŁASNYM ODDZIAŁU CHIRURGII

Tomasz Wojciechowicz, Tomasz Jodłowski, Cezary Płatkowski, Marek Dobosz

Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku

STRESZCZENIE

Wstęp: Krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) są jedną z najczęstszych przyczyn ostrych zachorowań w populacji środkowoeuropejskiej (160 os./100 000/rok) z wysoką śmiertelnością, sięgającą 6–11%. Przedstawiamy doświadczenia Oddziału Chirurgii posiadającego dostęp do metod endoterapii 24 godz./dobę w leczeniu pacjentów z tą jednostką chorobową.

Cel: Analiza skuteczności postępowania endoskopowego u pacjentów z ostrym krwawieniem do GOPP.

Materiał i metody: Dokonano analizy chorych leczonych w Oddziale w okresie 01.2008–03.2013 r. z powodu krwawienia do GOPP. Badano przyczyny zachorowań, metody diagnostyki, leczenia oraz śmiertelność.

Wyniki: W okresie 01.2008–03.2013 hospitalizowano 756 pacjentów z rozpoznaniem krwawienia do GOPP, co stanowi 10,8% wszystkich przyjęć w trybie ostrym. Chorzy otrzymywali od momentu przyjęcia rutynowe leczenie dożylnie IPP (80 mg pantoprazolu w bolusie + wlew ciągły 8 mg/godz. przez 72 godz.). U 98% chorych rozpoznanie ustalono, wykonując gastroskopię w trybie planowym (w ciągu pierwszych 72 godz. leczenia) lub doraźnym przy objawach niestabilności hemodynamicznej. W 443 przypadkach (59,9%) przyczyną krwawienia była choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, w 82 (11,1%) żylaki przełyku lub żołądka, w 78 (10,5%) z Mallory-Weissa, w 47 (6,4%) guz nowotworowy przełyku lub żołądka, w 45 (6,1%) malformacja naczyniowa, w 33 (4,5%) inne przyczyny. W przypadku 12 osób (1,6%) poddanych badaniu nie ustalono jednoznacznego rozpoznania. W badanej grupie wykonano 570 zabiegów endoskopowego tamowania krwawienia (metody iniekcyjne, endoklipsy, bimer argonowy, opaskowanie żyłaków, skleroterapia). Nie zanotowano powikłań związanych z zastosowaniem metod endoskopowych. W 440 przypadkach pierwszy zabieg endoskopowy był skuteczny (84,1%). U 43 pacjentów (8,2%) endoterapię stosowano 2 lub więcej razy podczas tej samej hospitalizacji z uwagi na nawrót krwawienia. W przypadku 49 chorych ostatecznym postępowaniem był pilny zabieg operacyjny (6,5%). Śmiertelność w badanej grupie wyniosła 5,2% (39 osób).

Wnioski: Metody endoskopowe w rękach wykwalifikowanej kadry chirurgicznej pozwalają na skuteczne leczenie krwawień do GOPP.

Słowa kluczowe: krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, endoterapia, ośrodek leczenia krwawień.

ABSTRACT

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding (UGI) is one of the commonest causes of acute diseases in the central European population (160 patients per 100 000 per year) with a high mortality rate reaching 6-11%. We aim to present experiences of a single surgery department with a 24h access to endotherapy management for patients with this disease entity.

Purpose: Analysis of efficacy in endoscopic treatment of patients with acute GI bleeding.

Material and methods: Survey performed on the data of patients treated in the department on account of GI bleeding between January 2008 and March 2013. Causes of diseases, diagnostic and treatment methods as well as mortality rate were examined.

Results: Between January 2008 and March 2013 there were 756 patients hospitalized due to GI bleeding, which comprised 10.8% of an emergency admissions. Since the beginning of hospitalization patients obtained routine IV treatment with PPI (80 mg pantoprazole bolus then



infusion drip 8 mg/h for 72 hours). 98% of patients were diagnosed with gastroscopy performed electively (within 72 hours from admission) or acutely in case of hemodynamic instability. Stomach or duodenal peptic ulcer disease accounted for GI bleeding in 443 patients (59.9%), whereas esophageal or gastric varices in 82 (11.1%), Mallory-Weiss syndrome in 78 (10.5%), esophageal or gastric neoplastic tumor in 47 (6.4%), vascular malformation in 45 (6.1%) and other cause in 33 patients (4.5%). In 12 patients (1.6%) gastroscopy didn't revealed an unequivocal diagnose. Within examined group 570 procedures of endoscopic hemostasis were performed (including injection methods, endoclipping, argon beam-er, variceal banding and sclerotherapy). No complications due to endoscopic therapy were noted. Initial endoscopic treatment was effective in 440 cases (84.1%). In view of a bleeding recurrence endotherapy was applied twice or more times during the same hospitalization in 43 patients (8.2%). As a final proceeding 49 patients (6.5%) were scheduled to urgent operation. Mortality rate in the studied group was 5.2% (39 patients).

Conclusions: Endoscopic techniques in the hands of qualified surgical staff allow to effective treatment of upper GI bleeding.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, endotherapy, center for GI bleed.

circulating tumor cells in blood seems to be another important parameter in judging the advancement of fat colon cancer.

Purpose: Note of correlation between occurrence of ploidy in cells of fat colon cancer (RJG) and presence of tumor cells circulating in blood (KKWK).

Material and methods: 40 sick people were researched in prospective way for presence of tumor cells in serum and eventual connection between existence of cells and occurrence of aneuploidy in tumor.

Results: With the test of cytokeratine in 30 cases (75%) found tumor cells. Average rate of content of this cells in blood was 3% (the most 23.2%). Aneuploidy in cells of tumor was recognized for 34 person (85%) (average content of aneuploidic cells in tumor was 39.4%). The biggest group of sick – 18 examined – had in tumor from 20 to 50% aneuploidic cells. Presence of tumor cells in blood was stated much more often when the presence of aneuploidy was shown in tumor cells (82.4%). When there were no cells with aneuploidy, then tumor cells in blood occurred in 33.3%. In 28 examined were present tumor cell in peripheral blood and aneuploidy in tumor cells. When the number of aneuploidic cells in tumor grows the number of sick who has circulating cells in blood grows. When the average rate of aneuploidic cells was above 20% then in 80% cases there were present tumor cells in blood.

Conclusions: In over 80% cases of sick with aneuploidic tumors are present tumor cells circulating in blood. When the percent of aneuploidic cells in blood grows in tumor then increases the presence tumor cells in blood.

Key words: DNA ploidy, neoplastic cells circulating.

V

V-00023

PLOIDIA DNA W KOMÓRKACH GUZA NOWOTWOROWEGO JELITA GRUBEGO A KOMÓRKI NOWOTWOROWE KRAŻĄCE WE KRWI

Marek Mądrecki

I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

STRESZCZENIE

Wstęp: Wiadomo, że w przypadkach guzów litych wydostanie się z nich komórek nowotworowych nie jest wystarczającym powodem do powstania przerzutów. Niemniej wykazanie krążących komórek nowotworowych w surowicy krwi wydaje się kolejnym istotnym parametrem oceny zaawansowania nowotworu jelita grubego.

Cel: Ocena korelacji między występowaniem ploiddii w komórkach raka jelita grubego (RJG) a obecnością komórek nowotworowych krążących we krwi (KKWK).

Materiał i metody: U 40 chorych w sposób prospektywny badano obecność komórek nowotworowych w surowicy i ewentualny związek pomiędzy obecnością komórek a występowaniem aneuploidii w guzie nowotworowym.

Wyniki: Za pomocą testu z cytokeratyną u 30 badanych (75%) wykryto komórki nowotworowe. Średnia procentowa zawartość komórek nowotworowych krążących we krwi wynosiła 3% (najwięcej 23,2%). Aneuploidię w komórkach guza nowotworowego rozpoznano u 34 badanych (85%) (średnia zawartość komórek aneuploidalnych w guzie 39,4%). Najliczniejsza grupa chorych – 18 badanych – miała w guzie nowotworowym od 20% do 50% komórek aneuploidalnych. Obecność komórek nowotworowych we krwi stwierdzono o wiele częściej, gdy wykazywano obecność aneuploidii w komórkach guza nowotworowego (82,4%). Gdy nie było komórek z aneuploidią, to komórki nowotworowe we krwi występowały w 33,3%. U 28 badanych były obecne komórki nowotworowe krwi obwodowej oraz aneuploidia w komórkach guza. Wraz ze wzrostem liczby komórek aneuploidalnych w guzie nowotworowym zwiększała się liczba chorych, u których krążą komórki we krwi. Gdy procentowa zawartość komórek aneuploidalnych była powyżej 20%, to u 80% chorych były obecne komórki nowotworowe we krwi.

Wnioski: U ponad 80% chorych z guzami aneuploidnymi są obecne komórki nowotworowe krążące we krwi. Gdy rośnie odsetek komórek aneuploidalnych w guzie nowotworowym, zwiększa się obecność komórek nowotworowych krążących we krwi.

Słowa kluczowe: ploiddia DNA, komórki nowotworowe krążące we krwi.

ABSTRACT

Introduction: It is known that in case of solid tumors the release of tumor cells is not enough reason for rise of metastasis. However showing

V-00024

SKOJARZONE LECZENIE PIORUNUJĄCYCH INFЕКCJI TKANEK MIĘKKICH I SKÓRY

Justyna Glik, Marek Kawecki, Mariusz Nowak, Bogusław Podlewski, Piotr Sopolski

Centrum Leczenia Oparzeń, Siemianowice Śląskie

STRESZCZENIE

Wstęp: Pomimo rozwoju medycyny piorunujące infekcje tkanek miękkich i skóry, w tym wywołane przez bakterie beztlenowe, są wciąż grupą chorób zagrażających życiu. Obejmują rozległe obszary ciała bez względu na istniejące bariery, charakteryzują się szybkim postępem, a nieodpowiednio rozpoznane i nieleczone agresywnie często prowadzą do śmierci chorego.

Celem pracy jest ocena skuteczności stosowania skojarzonego leczenia martwiczych infekcji tkanek miękkich i skóry.

Materiał i metody: Materiał stanowiło 52 pacjentów leczonych w latach 2002–2012 z powodu beztlenowcowych lub mieszanych infekcji tkanek miękkich i skóry, w tym 6 kobiet i 46 mężczyzn. U 15 chorych stwierdzono infekcję wywołaną *Clostridium perfringens* lub *Clostridium* sp. U pozostałych pacjentów nie potwierdzono obecności łaseczek G(+) pomimo istniejących objawów mogących sugerować klostridialne zakażenia tkanek miękkich. Wszyscy chorzy mieli w dniu przyjęcia włączony standardowy protokół postępowania obejmujący: izolację, pobranie materiału do badań mikrobiologicznych (preparat bezpośredni oraz hodowla w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych), włączenie antybiotykoterapii, opracowanie chirurgiczne ran, rozpoczęcie terapii hiperbarycznej. W kolejnych dobach kontynuowano leczenie skojarzone, uzupełniając je o procedury hydrochirurgiczne oraz terapię podciśnieniową przy jednoczesnym monitorowaniu mikrobiologicznym ran.

Wyniki: Do chwili uzyskania ujemnego wyniku hodowli beztlenowej wykonywano 5–17 ekspozycji w komorze jednomiejscowej. Ujemny wynik uzyskano po wykonaniu średnio 9 ekspozycji HBO. Średni czas hospitalizacji przy zastosowaniu skojarzonego leczenia piorunujących infekcji wyniósł 49 dni, z następującym efektem klinicznym: 49 chorych całkowicie wyleczonych bez konieczności wykonania amputacji kończyny, 1 chory zmarł, u 2 zaistniała konieczność wykonania amputacji kończyny.

Wnioski: Standardowe postępowanie terapeutyczne obejmujące: klasyczne opracowanie chirurgiczne rany, hiperbarię tlenową, terapię podciśnieniową oraz antybiotykoterapię jest sprawdzoną i skuteczną metodą leczenia piorunujących infekcji tkanek miękkich skóry.

Słowa kluczowe: martwicze infekcje tkanek miękkich i skóry, zamartwicze infekcje tkanek miękkich i skóry, zakażenia, beztlenowce, terapia.

ABSTRACT

Introduction: Despite of the progress in medicine, fulminant infections of soft tissue and skin including those caused by anaerobic bacteria, are still among life threatening diseases. Although existing barriers, such infection affects a large area of the body and progress quickly. Incorrectly diagnosed without aggressive treatment, often leads to patient's death.

The aim of this work is evaluation of the efficiency of combined treatment of soft tissue and skin fulminant infections.

Material and methods: Material included 52 patients treated between 2002 and 2012 due to anaerobic or mixed infections of soft tissue and skin (6 females and 46 males). Infection caused by *Clostridium perfringens* or *Clostridium* sp. Was diagnosed in 15 patients. In other patients presence of G(+) bacilli was not confirmed, despite symptoms which might suggest clostridial infection of soft tissue. Since the admission to the hospital all patient were covered with standard treatment regimen including: separation, collecting material for microbiological tests (direct sample and cultivation of aerobic and anaerobic bacteria), antimicrobial pharmacotherapy, surgical debridement of wound, starting hyperbaric oxygenation therapy. During consecutive days, we continued combined treatment with hydrosurgery and topical negative pressure therapy with simultaneously monitored microbiology of wounds.

Results: Until negative result of anaerobic bacteria cultivation was obtained, between 5 and 17 sessions in monoplace-type HBO chamber were performed. Negative result was obtained after approx. 9 HBO sessions. Average time of hospitalization with combined treatment of fulminant infections was 49 days. Clinical outcome was as follow: 49 patients completely healed without extremity amputation. 1 patient died. In 2 patients extremity amputation was necessary to perform.

Conclusions: Standard therapeutic regimen including: classical surgical wound debridement, hyperbaric oxygenation, topical negative pressure therapy, antimicrobial pharmacotherapy is proved and effective method of soft tissue and skin fulminant infections treatment.

Key words: necrotic infections of soft tissue and skin, infections, anaerobes, therapy.

V-00025

ZASTOSOWANIE KOMÓREK MACIERZYSTYCH W LECZENIU OPARZEŃ I RAN PRZEWLEKŁYCH

Diana Hoff-Lenczewska¹, Marek Kawecki^{1,2},
Agnieszka Klama-Baryła¹, Małgorzata Kraut¹,
Wojciech Łabuś¹

¹Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

²Zakład Ratownictwa Medycznego w Katedrze Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej

STRESZCZENIE

Wstęp: Istotą zastosowania klinicznego komórek macierzystych jest lepsza jakość leczenia ran, rozumiana jako wcześniejsze zamknięcie rany, przyspieszenie gojenia, zapobieganie powstawaniu przykurczających blizn oraz regeneracja skóry i w najlepszym wypadku jej przydatków. Niemniej jednak należy określić optymalne źródło komórek macierzystych, metody jego przetwarzania i aplikację komórek u chorego oparzonego. Na korzyść tkanki tłuszczowej w porównaniu do innych źródeł komórek macierzystych przemawia mniejsza inwazyjność metody pobrania materiału. Komórki macierzyste tkanki tłuszczowej (ADSC) izolowane są drogą liposukcji. Efektem płukania oraz trawienia enzymatycznego lipoaspiratu jest pozyskanie heterogennej mieszaniny, zawierającej m.in. mezenchymalne komórki macierzyste, komórki śródbłonna, fibroblasty.

Cel: Wprowadzenie do rutynowej praktyki klinicznej nowoczesnych procedur medycznych, opartych na osiągnięciach inżynierii tkankowej i komórkowej, polegających na przeszczepach komórek macierzystych uzyskanych z tkanki tłuszczowej. Trwają badania nad wykorzystaniem owodni jako alternatywnego źródła komórek macierzystych.

Materiał i metody: Wykonano 13 zabiegów przeszczepu autologicznych komórek macierzystych z tkanki tłuszczowej. Trzy zabiegi wykonano u chorych oparzonych, natomiast pozostałe u chorych z ranami przewlekłymi. U 11 pacjentów wykonano dodatkowo wolny przeszczep skóry pośredniej grubości, 1 pacjent otrzymał przeszczep pełnej grubości skóry, 2 pacjentów poddano aplikacji allogenu. Jeden pacjent otrzymał

opatrunek skóry pochodzącej ze świni transgenicznej. Ośmiu pacjentów miało założone autologiczne hodowle keratynocytów.

Wyniki: Dziewięciu spośród trzynastu wypisanych pacjentów opuściło ośrodek oparzeniowy w stanie dobrym, trzech w stanie zadowolającym. Na zdjęciach histopatologicznych można zaobserwować tworzenie się młodego naskórka.

Wnioski: Przeszczep komórek macierzystych z tkanki tłuszczowej przyspiesza gojenie, pobudza naskórkowanie, ziarninowanie i angiogenezę skóry.

Słowa kluczowe: oparzenia, rany przewlekłe, inżynieria tkankowa, komórki macierzyste.

ABSTRACT

Introduction: The aim of wounds treatment is regeneration of damaged skin both structurally and functionally to its original condition. The essence of the clinical use of stem cells in wounds management is better quality of wound healing, defined as the earlier closure of wounds, accelerated healing, prevention of formation of contracting scars and regeneration of the skin and if it's possible its appendages. Nevertheless, the optimal source of stem cell need to be defined, as well as adipose processing and stem cells application methods. Main advantage of fat tissue in comparison to other sources of stem cells is less invasive method of material gaining. Adipose tissue stem cells (ADSC) are isolated by liposuction. The effect of washing and enzymatic digestion of lipoaspirate is to obtain a heterogeneous mixture containing mesenchymal stem cells, endothelial cells and fibroblasts.

Purpose: The introduction of modern medical procedures, based on the achievements of tissue engineering involving ASC application in clinical practice. In addition research of the use of amnion as an alternative source of stem cells is ongoing.

Material and methods: Thirteen autologous transplantation of adipose tissue were performed. Three cases concerned patients with burns. Other patients have had chronic wounds. Eleven patients have had an additional free split-thickness skin graft, one patient received a full-thickness skin graft, 2 patients underwent allogenic skin applications. One patient received a skin derived from the transgenic pig. Eight patients have had autologous keratinocyte cell cultures transplantation.

Results: Nine of the thirteen patients left Burn Center in good condition, three in satisfactory condition. On histopathological photos formation of new skin layers can be observed.

Conclusions: Transplantation of stem cells from adipose tissue accelerates healing, stimulates epidermal skin granulation and angiogenesis.

Key words: stem cells, burns, chronic wounds, tissue engineering.

V-00026

LAPAROSKOPOWE LECZENIE ACHALAZJI

Tomasz Wysocki, Marek Dobosz, Wiesław Nowobilski,
Paweł Rogoza, Klaudiusz Rogalski

Pomorskie Centrum Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

STRESZCZENIE

Wstęp: Kurcz wpustu (*achlasia cardiae*) jest chorobą czynnościową, powodującą w skrajnych przypadkach zaburzenie a nawet uniemożliwiająca połykanie pokarmów. Prowadzi to do spadku masy ciała i wyniszczenia. Wyniki leczenia z zastosowaniem metod zachowawczych są niezadowolające. Podstawowym sposobem leczenia pozostaje postępowanie chirurgiczne.

Celem pracy jest retrospektywna ocena wczesnych i odległych wyników laparoskopowego leczenia achalazji wpustu.

Materiał i metody: W latach 2008–2012 leczono laparoskopowo w naszym oddziale 27 chorych z rozpoznaną achalazją wpustu. W tej grupie było 11 kobiet i 16 mężczyzn w wieku od 17 do 75 lat (średnia wieku 49 lat). U wszystkich chorych wykonano laparoskopową kardiomiometrię sposobem Hellera a następnie fundoplikację sposobem Dora.

Wyniki: U 2 chorych wykonano konwersję do zabiegów otwartych. U 3 chorych śródoperacyjnie rozpoznano mikroperforacje przełyku, które zaopatrzone szwami bez konwersji do laparotomii, nie obserwując powikłań pooperacyjnych. Średni czas pobytu w szpitalu po zabiegu wynosił 3 doby. Wszyscy chorzy podawali subiektywną poprawę połykania po



zabiegu operacyjnym. Kolejnym etapem pracy jest ocena wyników odległych, po leczeniu chirurgicznym achalazji wpustu. Do wszystkich operowanych chorych wysłano pocztą ankiety lub kontaktowano się z nimi telefonicznie. Uzyskaliśmy kontakt z 69% chorych. U wszystkich z nich po zabiegu nastąpił przyrost masy ciała. Większość (14 chorych) oceniała subiektywną poprawę połykania jako stałą. 3 chorych uważało, że w okresie od 3 do 7 miesięcy od zabiegu komfort połykania zaczął się pogarszać, ale nadal był lepszy niż przed zabiegiem. Dwoje chorych ze względu na stwierdzone radiologicznie i endoskopowe zwężenie wpustu wymagało endoskopowego poszerzenia miejsca zwężenia z użyciem balonu, z dobrym wynikiem. Jedna chora była ponownie reoperowana, metodą klasyczną, poza naszym ośrodkiem.

Wnioski: Na podstawie naszych obserwacji, laparoskopowa kardiomiotomia z fundoplikacją Dora jest skutecznym i bezpiecznym sposobem leczenia achalazji, dającym dobre wyniki wczesne oraz odległe.

Słowa kluczowe: achalazia, laparoscopia, kardiomiotomia, fundoplikacja.

ABSTRACT

Introduction: Achalasia cardia (cardiospasm) is a functional disorder, impairing or even disabling swallowing in severe cases. It leads to weight loss and cachexia. Results of conservative management are unsatisfactory, therefore surgery remains a primary treatment method.

Aim of this study is a retrospective evaluation of early and distant results of laparoscopic treatment of achalasia.

Material and methods: 27 patients underwent laparoscopic surgery due to diagnosed achalasia since 2008 till 2012. The group consisted of 11 male and 16 female aged 17-75 years (mean 49 years). In all patients laparoscopic Heller's cardiomyotomy with Dor's fundoplication were performed.

Results: 2 patients required conversion to laparotomy. In 3 patients microperforation of the esophagus was identified during the procedure and repaired by single stitches, with no conversion and no further post-operative problems. Mean time of hospitalization was 3 days. All patients reported postoperative improvement in swallowing. Next stage of the study was evaluation of distant results. We sent a voluntary questionnaire or contacted patients by phone. We managed to contact 69% of patients. All of them reported weight gain. 14 patients stated subjective permanent improvement in swallowing. In 3 patients improvement lasted only 3-7 months after the surgery, however was still significant comparing to preoperative period. 2 patients required balloon dilatation due to esophageal constriction, confirmed by radiology and endoscopy in the postoperative period. In both cases results of the endoscopic procedure were satisfactory. One patient was reoperated via laparotomy outside our facility.

Conclusions: In our observation laparoscopic cardiomyotomy with Dor's fundoplication is an effective and safe treatment method for achalasia, with satisfactory early and distant results.

Key words: achalasia, laparoscopy, cardiomyotomy, fundoplication.

V-00027

KOMÓRKI NOWOTWOROWE KRAŻĄCE WE KRWI U CHORYCH Z RAKIEM JELITA GRUBEGO

Marek Mądrecki

I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

STRESZCZENIE

Wstęp: W przypadkach guzów litych wydostanie się z nich komórek nowotworowych nie jest wystarczającym powodem do powstania przerzutów. Niemniej wykazanie krążących komórek nowotworowych we krwi (KKWK) może być istotnym parametrem przy ocenie zaawansowania nowotworu jelita grubego.

Cel: Prospektywnie badano obecność komórek nowotworowych we krwi i ewentualny związek pomiędzy ich obecnością a zaawansowaniem nowotworu.

Materiał i metody: U 40 chorych oceniono stopień zaawansowania nowotworu, radykalność zabiegu, obecność komórek nowotworowych we krwi.

Wyniki: U 30 badanych (75%) wykryto komórki nowotworowe we krwi. Średnia procentowa zawartość tych komórek wynosiła 3% (najwięcej 23,2%). U 16 badanych (53,3%), u których były obecne KKWK, odsetek tych komórek stanowił powyżej 5%. Operację radykalną wykonano u 73,5% chorych, u których wykryto krążące komórki nowotworowe we krwi. W przypadku operacji nieradykalnej odsetek ten wynosił 83,3%. Nie wykazano korelacji pomiędzy obecnością krążących komórek nowotworowych we krwi a radykalnością zabiegu. Wraz ze wzrostem głębokości naciekania ściany jelita przez nowotwór rosła liczba chorych, u których stwierdzano obecność KKWK w stopniu pT1 – 50%, w pT2 – 60%, w pT3 – 77% i w pT4 – 100%. Chorych bez przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych było 26, a wśród nich u 17 (65,3%) były obecne KKWK. W przypadkach, u których stwierdzono obecność przerzutów w węzłach chłonnych (14 chorych), odsetek chorych, u których wykryto komórki nowotworowe we krwi, wynosił 92,8%. U 5 chorych, u których występowały przerzuty odległe, znaleziono komórki nowotworowe krążące we krwi. U 35 chorych bez przerzutów w 25 przypadkach (71%) stwierdzono również KKWK. W I stopniu zaawansowania raka jelita grubego KKWK wykryto w 37,5%, w II w 76,9%, w III w 92,9%, a w IV w 80% przypadków.

Wnioski: Wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania raka jelita grubego wzrasta liczba chorych, u których są obecne komórki nowotworowe krążące we krwi.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, komórki nowotworowe krążące we krwi.

ABSTRACT

Introduction: In case of solid tumors release of the tumor's cells is not an enough reason for metastasis. However showing tumor's cells in the blood (KKWK) can be great parameter in judging the advancement of fat colon cancer.

Purpose: Prospectively the sign of tumors in blood was researched and it eventual connection of them and how serious the disease is.

Material and methods: Within 40 sick person the level of advancement of cancer, radicality of surgery and existence of tumor cells in blood was examined.

Results: In case of 30 person (75%) the tumor cells were found in blood. Average rate of content of this cells were 3% (the most 23.2%). In case of 16 person (53.3%) who had KKWK content of this cells was over 5%. Radical surgery was made for 73.5% of sick, who had tumor cells circulating in blood. In case of non radical surgery there were 83.3%. There was no shown correlation between the existence of tumor cells in blood and the radicality of the surgery. With the growth of dripping of the wall of colon by cancer the number of sick grows. It was stated the existence of KKWK of level pT1 – 50%, pT2 – 60%, pT3 – 77% and pT4 – 100%. Sick people without metastasis to regional lymph nodes were 26, and among them 17 (65.3%) had KKWK. In cases where the existence of metastasis to lymph nodes was stated (14 sick), the percentage of people with tumor cells in blood was 92.8%. In 5 sick, where were occurred far metastases, the tumor cells were found in blood. In 35 cases of sick without metastasis in 25 cases (71%) there were found also KKWK. Level I 37.5%, II 76.9%, III 92.9%, 80% level of advancement of cancer of fat colon there were detected KKWK.

Conclusions: When the level of advancement of cancer of fat colon grows, also grows the number of sick, who have tumor cells in blood.

Key words: colon cancer, neoplastic cells circulating.

V-00028

OCENA PLOIDII DNA W KOMÓRKACH RAKA JELITA GRUBEGO JAKO CZYNNIKA ROKOWNICZEGO

Marek Mądrecki

I Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

STRESZCZENIE

Wstęp: Coraz częściej poszukuje się nowych metod umożliwiających zarówno ocenę rokowania, jak i wybór odpowiedniego sposobu leczenia. Takim czynnikiem jest analiza ilości materiału genetycznego w komórkach nowotworowych. W piśmiennictwie istnieje publikacje, które potwierdzają, że obecność komórek aneuploidalnych w guzie ma związek z progre-

sją nowotworu. Istnieją również doniesienia, które negują wartość aneuploidii jako czynnika rokowniczego.

Cel: Analiza i ocena wartości rokowniczej ploidii DNA w komórkach RJG.

Materiał i metody: Przebadano 129 chorych na RJG, których leczenie operacyjne w latach 2000–2004. Wycinki guzów nowotworowych pobrano z blozków parafinowych. Badanie ploidii komórkowej wykonano za pomocą cytometrii przepływowej.

Wyniki: Aneuploidię w guzie wykryto u 110 (85,2%) chorych. Nie stwierdzono związku między występowaniem aneuploidii a: płcią chorego, wiekiem, objawami ogólnymi, umiejscowieniem guza, jego resekcyjnością, pilnością wykonania zabiegu. W nowotworach bardziej zaawansowanych stwierdzono większy odsetek guzów z komórkami aneuploidalnymi (od 66% w I stopniu do 92% w IV stopniu wg UICC $p = 0,1053$). Częściej występowały dwie i więcej linii komórek aneuploidalnych w guzie nowotworowym u chorych z wyższym stopniem zaawansowania nowotworu ($p = 0,0021$). U 60% chorych z guzami aneuploidalnymi było powyżej 50% komórek z aneuploidią. U tych chorych stwierdzono znamienność statystyczną między głębokością nacieku ściany jelita ($p = 0,0026$) i obecnością przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych ($p = 0,0049$) oraz przerzutów odległych ($p = 0,0022$). Samo występowanie komórek aneuploidalnych w guzie nowotworowym nie miało wpływu na przeżycie 5 lat ($p = 0,28$). Tylko obecność powyżej 50% komórek aneuploidalnych (ocena ilościowa) w guzie nowotworowym miała znamienny statystycznie wpływ na przeżycia 5-letnie ($p = 0,0008$).

Wnioski:

1. Z zaawansowaniem nowotworu koreluje wysoki odsetek (powyżej 50%) komórek z aneuploidią.
2. Zawartość powyżej 50% komórek z aneuploidią w RJG wiąże się z gorszym rokowaniem chorego i może być dodatkowym czynnikiem prognostycznym.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego (RJG), ploidia DNA.

ABSTRACT

Introduction: Each day there is more and more seeking of new methods allowing to analyze prognosis as well as choosing the proper type of healing. This kind of factor is analysis of quantity of genetic material in tumor cells. In writing exist publications, which shows that presence of tumor cells in blood has connection with progression of cancer. There are also whispers that negate the value of aneuploidy as a prognosis factor.

Purpose: Analysis and mark of prognosis value of DNA ploidy in RJG cells.

Material and methods: 129 sick on RJG were examined, who were treated by surgery in years 2000-2004. Slices of tumor were taken from paraffin blocks. Research of ploidy of cells was made with wave cytometry.

Results: Aneuploidy in tumor was detected in 100 (85.2%) sick. It was not found any connection between occurrence of aneuploidy and: gender, age, overall symptoms, the place of tumor, his reselective abilities, diligence of surgery. In more advanced tumors found more percentage of tumors with aneuploidy cells (from 6% in I level to 92% in IV level according to UICC $p = 0.1053$). More often occurred two and more lines of aneuploidy cells in tumor in sick with higher level of advancement of tumor ($p = 0.0021$). In 60% sick with aneuploidic tumors there were over 50% cells with aneuploidy. In this sick I was shown significance percentage between depth of dripping of colon wall ($p = 0.0026$) and existence of metastasis to regional lymph nodes ($p = 0.0049$) and far metastasis ($p = 0.0022$). Solely being of aneuploidy cells in tumor has no impact on surviving 5 years ($p = 0.28$). Only presence of over 50% aneuploidic cells (quantity mark) in tumor had significant statistical impact on 5 years survival ($p = 0.0008$).

Conclusions:

1. With the progression of cancer correlate high percentage (over 50%) cells with aneuploidy and presence.
2. Content over 50% cells with aneuploidy in RJG connects with worse prognosis of sick and can be additional prognosis factor.

Key words: colon cancer, DNA ploidy.

V-00030

MONITORING NERWÓW KRTANIOWYCH WSTECZNYCH W CHIRURGII TARCZYCY

Milena Wróblewska¹, Andrzej Zieliński¹, Łukasz Dąbrowski¹, Jakub Pazera¹, Aldona Kowalska²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Kielecki św. Aleksandra Sp. z o.o. w Kielcach

²Dział Endokrynologii, Dział Medycyny Nuklearnej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Kielce

STRESZCZENIE

Wstęp: Porażenie nerwu krtaniowego wstecznego (NKW) jest jednym z najpoważniejszych powikłań w chirurgii tarczycy. Śródoperacyjny neuromonitoring został szeroko zaakceptowany w ułatwianiu identyfikacji oraz zapobieganiu uszkodzeniu funkcji NKW podczas zabiegów operacyjnych.

Cel: Ocena przydatności neuromonitoringu w mapowaniu przebiegu NKW i górnego nerwu krtaniowego (GNK).

Materiał i metody: 151 chorych z 299 nerwami narażonymi na uszkodzenie zostało zakwalifikowanych do badania od 01.09.2012 r. do 27.05.2013 r. Zastosowano sześciopunktową procedurę dokumentacji monitorowania NKW podczas operacji tarczycy. Uzyskiwano sygnał z nerwów błędnych oraz krtaniowych wstecznych przed, w trakcie i po resekcji płata. Chorzy podzieleni zostali na grupę niskiego ryzyka (operacja pierwotna łagodnego wola guzkowego) – 77,5%, i wysokiego ryzyka (rak, wole nawrotowe i wole olbrzymie) – 22,5%.

Wyniki: Pooperacyjny obustronny niedowład strun głosowych potwierdzony badaniem laryngologicznym wystąpił u 2 chorych, przy prawidłowym zapisie neuromonitoringu (1,33%). W grupie niskiego ryzyka nie doszło do uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych. Chorzy z objawami niedowładu strun głosowych poddani zostali rehabilitacją foniatrycznej. Ostateczna ocena funkcji NKW po upływie ok. 6 miesięcy.

Wnioski: Śródoperacyjny monitoring NKW podczas operacji tarczycy jest pomocny w identyfikacji przebiegu, ewentualnie lokalizacji miejsca uszkodzenia nie tylko NKW, ale też GNK, zwłaszcza w przypadku wola olbrzymiego, raka tarczycy, wola nawrotowego i niejasnej sytuacji anatomicznej. Jednakże neuromonitoring nie chroni w pełni przed uszkodzeniami NKW. Prawidłowe śródoperacyjne sygnały neuromonitoringu nie są równoznaczne z prawidłową pooperacyjną ruchomością strun głosowych.

Słowa kluczowe: neuromonitoring, nerw krtaniowy wsteczny, nerw krtaniowy górny, tyreoidektomia.

ABSTRACT

Introduction: Palsy of the recurrent laryngeal nerve (RLN) is one of the most serious complications during thyroid surgery. Intraoperative neuromonitoring has been widely accepted to facilitate identification and to prevent injury of the RLN function during thyroid surgery.

Purpose: Assessment of usefulness of the neuromonitoring in RLN and superior laryngeal nerve (SLN) mapping.

Material and methods: 151 patients with 299 nerves at risk of an injury have been qualified to the study between 01.09.2012 and 27.05.2013. Six-staged record of RLN monitoring has been used. Signal was acquired from vagus nerves and RLN before, during and after lobe resection. The patients have been divided into low risk (primary operation of a benign nodular goitre) – 77,5% and high risk groups (cancer, recurrent goitre and giant goitre) – 22,5%.

Results: Postoperative bilateral palsy of the vocal cords, confirmed by ENT assessment, occurred in 2 patients, with normal neuromonitoring signal (1,33%). There was no RLN injury in low risk group. Patients with vocal cord palsy had undergone phoniatrics therapy. The eventual RLN function will be assessed after 6 months.

Conclusions: Intraoperative RLN monitoring during thyroid surgery is helpful in identification of the nerve course or identification of the level of injury of the RLN or SLN, especially in giant goitre, thyroid cancer, recurrent goitre and unclear anatomical situation. It does not protect the surgeon fully against RLN injury though. Normal intraoperative neuromonitoring signals are not tantamount to the normal postoperative mobility of the vocal cords.

Key words: neuromonitoring, recurrent laryngeal nerve, superior laryngeal nerve, thyroidectomy.



V-00032

SZKOLENIE PRZEDDYPLOMOWE CHIRURGICZNYCH TECHNIK MANUALNYCH – NASZE DOŚWIADCZENIE PO 10000 GODZIN TRENINGOWYCH

Dariusz Łaski¹, Tomasz Stefaniak¹, Zbigniew Gruca², Zbigniew Śledziński¹

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

²Pomorska Fundacja Rozwoju Chirurgii

STRESZCZENIE

Wstęp: Edukacja chirurgiczna jest obecnie jednym z najważniejszych i dynamicznie rozwijających się kierunków ewolucji współczesnej chirurgii. Wierzymy, że zaawansowany i ustrukturalizowany kurs zawierający nowoczesne technologie, jak trener wirtualny, oraz wzmocnione elementami współzawodnictwa pod nadzorem eksperta są konieczne do wyszkolenia pełnowartościowego chirurga.

Cel: Prezentacja naszych doświadczeń związanych z pierwszym w Polsce programem szkolenia przeddyplomowego z zakresu technik manualnych w chirurgii.

Materiał i metody: Do końca roku akademickiego 2012/2013 nasz fakultatywny kurs technik chirurgicznych ukończyło 361 studentów: 111 (3108 godzin) kurs technik laparoskopowych oraz 250 (7000 godzin) kurs manualnych technik chirurgii klasycznej. Po ukończeniu kursu uczestnicy wypełniali ankietę oceny innowacyjności zaproponowanego szkolenia, jakości i percepcji trwałości osiąganych wyników oraz oceny dotychczas prowadzonego szkolenia technik manualnych w ramach obowiązkowego programu nauczania.

Wyniki: Wyniki ankiety potwierdziły wysoki poziom zadowolenia uczestników tak z kursu jako całości, jak i w szczególności z modułowego, ustrukturalizowanego trybu nauczania zawierającego motywujące elementy konkurowania między sobą. W wielu przypadkach trening utwierdził studentów w podjęciu decyzji co do dalszej kariery chirurgicznej. Procent uczestników wahających się pomiędzy karierą zabiegową i niezabiegową po szkoleniu zmniejszył się (z 41% do 15%). Ankieta końcowa wykazała, iż w opinii uczestników rutynowy program szkolenia zawiera zbyt mało ćwiczeń manualnych. Tak grupa laparoskopowa, jak i klasyczna osiągnęły stabilne i istotnie statystycznie lepsze wyniki niż przed rozpoczęciem kursu, co potwierdzono tak w ocenie obiektywnej, jak i subiektywnej.

Wnioski: Zaproponowana forma treningu umożliwia osiągnięcie dobrych i stabilnych wyników oraz wysokiej satysfakcji ze szkolenia. Trening manualny pomaga studentom w podejmowaniu właściwych decyzji co do dalszej kariery medycznej. Ponadto badaniem ankietowym wykazano niedostatki w podstawowym programie szkolenia z zakresu technik manualnych.

Słowa kluczowe: trening laboratoryjny, trening laparoskopowy, edukacja chirurgiczna.

ABSTRACT

Introduction: Surgical education is actually one of the most important directions in modern surgery evolution. We believe that advanced, structuralised training, which include advanced technologies like virtual reality training and competition elements with experts coaching is essential to educate proficient future surgeons.

Material and methods: Until 2012/2013 academic year, 111 students (3108 training hours) were trained in facultative laparoscopic training course and 250 students (7000 training hours) were trained in classic skills programme. At the end of the course, the participants completed a questionnaire on their subjective perspective on this innovative curriculum, the quality and stability of the skills they obtained, and satisfaction from regular medical training.

Results: The results of the post-training questionnaire revealed that the participants were very satisfied with the structuralised form of training and appreciated the motivational role of competition. They also ensure in choosing their carrier pathway. Percentage of students, hesitating to choose invasive medicine, which need manual skills, or preservative medicine decrease. The final questionnaire also revealed that manual training is a missing part of regular medical students training. In both arms of the programme (laparoscopic and classic) a statistically significant improvement was obtained. The acquired skills were stable over time of training. (this data was already published).

Conclusions: Proposed form of training, associated with the component of competition, enables good and stable results to be achieved, as well as high satisfaction of trainees. Manual training help students to make good decision in creation of their future carrier pathway. We also revealed that satisfaction of usual manual training during regular classes is not acceptable.

Key words: dry lab training, laparoscopic training, surgical education.

V-00034

ROZLEGŁA MARTWICA PODSKÓRNEJ TKANKI TŁUSZCZOWEJ W PRZEBIEGU CIĘŻKIEJ POSTACI OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI – OPIS PRZYPADKU

EXTENSIVE NECROSIS OF SUBCUTANEOUS ADIPOSE TISSUE AS A MANIFESTATION OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Włodzimierz Cebulski, Andrzej Kluciński, Marek Wroński, Maciej Słodkowski, Ireneusz Wojciech Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

STRESZCZENIE

Wstęp: Martwica podskórnej tkanki tłuszczowej stanowi jeden z objawów klinicznych ostrego zapalenia trzustki.

Cel: Prezentacja przypadku rozległej martwicy tkanki podskórnej sięgającej do poziomu ud.

Materiał i metody: 34-letni mężczyzna z objawami ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki, zespołem niewydolności wielonarządowej i podbiegnięciami krwawymi rozprzestrzeniającymi się od obu okolic lędźwiowych do dwóch trzecich długości ud, w trzecim dniu choroby.

Wyniki: Niebieskawa zmiana zabarwienia skóry i tkanki podskórnej występowała w okolicy pępka (objaw Cullena), okolicach lędźwiowych (objaw Gray Turnera), otaczając okolice więzadła pachwinowego (objaw Focha) i schodząc do dwóch trzecich uda. Martwica tkanki tłuszczowej podskórnej została potwierdzona histologicznie po wykonaniu biopsji z okolicy lewego uda.

Wnioski: Podbiegnięcia krwawe zwykle prognozują ciężki przebieg choroby ze śmiertelnością sięgającą 37%. W tym przypadku po 6 miesiącach hospitalizacji pacjent został wypisany do domu.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie trzustki, martwica, objaw.

ABSTRACT

Introduction: Necrosis of subcutaneous adipose tissue is one of the clinical symptoms of acute pancreatitis.

Purpose: Present a case of extensive necrosis of subcutaneous adipose tissue going down to the thigh.

Material and methods: A 34-year-old man presented with signs of severe acute pancreatitis, Multiple Organ Dysfunction Syndrome and ecchymoses extending from both flanks down two thirds of the thigh lengths on the third day of the disease.

Results: Bluish discoloration of skin and subcutaneous tissue was apparent on the flanks (Gray Turner's sign), around the inguinal ligaments (Fox's sign) and down two thirds of the thigh. Subcutaneous adipose tissue necrosis was confirmed microscopically after biopsy from the left thigh.

Conclusions: Ecchymoses is usually predictive of severe disease with an up to 37% mortality rate. In this case the patient was discharged after 6 months of hospitalization.

Key words: acute pancreatitis, necrosis, ecchymoses.

V-00037

POZIOM EKSPRESJI GENÓW KODUJĄCYCH BIAŁKA ADHEZYJNE GRUPY KADHERYN U CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO

Mieszko Norbert Opiłka¹, Dariusz Kania¹, Witold Niziński², Urszula Mazurek³, Zbigniew Lorenc¹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

²Oddział Chorób Wewnętrznych i Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diabetologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu

³Katedra Biologii Molekularnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak jelita grubego (RJG) jest jedną z najczęściej diagnozowanych chorób nowotworowych i jedną z głównych przyczyn zgonów z tego powodu na świecie. Częstki adhezyjne biorą udział w połączeniach międzykomórkowych, decydując o integralności i właściwościach tkanki. Zmniejszenie ekspresji niektórych białek adhezyjnych grupy kadheryn może korelować z mniejszym zróżnicowaniem RJG i jego bardziej agresywnym fenotypem.

Celem pracy jest wytypowanie genów białek adhezyjnych grupy kadheryn mających wartość dla diagnostyki, prognostyki i leczenia RJG.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na materiale pochodzącym od 28 osób (14 kobiet i 14 mężczyzn) operowanych z powodu RJG. Badania molekularne przeprowadzono techniką mikromacierzy oligonukleotydowych. mRNA będący materiałem wyjściowym do analizy pozyskiwano z gruczolakoraka oraz tkanki makroskopowo zdrowej jelita grubego. Walidację otrzymanych wyników dla mRNA dla wybranych kadheryn przeprowadzono techniką qRT-PCR.

Wyniki: Grupowanie hierarchiczne profili znormalizowanych stężeń mRNA pozwoliło na wyodrębnienie 4 grup, w których różnice w ekspresji genów były znamienne statystycznie. Grupa kontrolna została podzielona na 2 podgrupy: jedną, będącą właściwą grupą kontrolną (K1), drugą, w której prawdopodobnie doszło do zmian na poziomie molekularnym, mimo ich braku w ocenie makroskopowej i histopatologicznej (K2). Pozostałe dwie grupy były charakterystyczne dla raków o niższych (NSZ) i wysokich stopniach zaawansowania (WSZ). Przy analizie zbiorczej fluorescencji wszystkich genów różnicujących wytypowano geny kodujące E-kadherynę (CDH1) z ekspresją niższą oraz P-kadherynę (CDH3) z ekspresją wyższą w tkance RJG.

Wnioski: Poziomy ekspresji genów są różne dla poszczególnych grup kadheryn i korelują ze stopniem zaawansowania guza, dlatego potencjalnie mogą służyć jako marker zaawansowania nowotworu oraz znaleźć zastosowania w terapii i diagnostyce RJG.

Słowa kluczowe: nowotwory jelita grubego, cząsteczki adhezji komórkowej, kadheryny, analiza sekwencji oligonukleotydów techniką *array*.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal Cancer (CRC) is one of the most frequently diagnosed neoplasms and also one of the main death causes of that reason. Cell adhesion molecules are taking part in specific junctions, contributing to tissue integrality. Lower expression of the cadherins may be correlated with poorer differentiation of the CRC, and its more aggressive phenotype.

Purpose: The aim of the study is to designate the cadherin genes, which could be potentially useful for the diagnostics, prognostics, and the treatment of CRC.

Material and methods: Specimens were collected from 28 persons (14 female and 14 male), who were operated for CRC. The molecular analysis was performed using oligonucleotide microarrays, mRNA used was collected from adenocarcinoma, and macroscopically healthy tissue. The results were validated using qRT-PCR technique.

Results: Agglomerative hierarchical clustering of normalized mRNA levels has shown 4 groups with statistically different gene expression. The control group was divided into 2 groups, the one was appropriate control (C1), the second (C2) had the genetic properties of the CRC, without pathological changes histologically and macroscopically. The other 2 groups were: LSC (Low stage cancer) and HSC (High stage cancer). Consolidated results of the fluorescence of all of the differential

genes, designated two coding E-cadherin (CDH1) with the lower expression, and P-cadherin (CDH3) with higher expression in CRC tissue.

Conclusions: The levels of genes expression are different for several groups of cadherins, and are related with the stage of CRC, therefore could be potentially the useful marker of the stage of the disease, also applicable in treatment and diagnostics of CRC.

Key words: colorectal neoplasms, cell adhesion molecules, cadherins, oligonucleotide array sequence analysis.

V-00045

ZASTOSOWANIE OWODNI LUDZKIEJ W LECZENIU OPARZEŃ

Agnieszka Klama-Baryła¹, Diana Hoff-Lenczewska¹, Marek Kawecki², Małgorzata Kraut¹, Wojciech Łabuś¹

¹Pracownia Hodowla Komórek i Tkank in vitro z Bankiem Tkank,

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

²Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

STRESZCZENIE

Wstęp: Błona owodniowa jest cienką, półprzepuszczalną tkanką, stanowiącą najbardziej wewnętrzną warstwę pęcherza płodowego. Przeszczepy owodni dają obiecujące rezultaty gojenia ran przy minimalnym zapaleniu i bliznie, co sugeruje, że błona owodniowa wykazuje podobne cechy co tkanki płodu, wspomagając gojenie oraz ułatwiając regenerację. Wcześniejsze badania wykazały, że błona owodniowa nie tylko zawiera mediatory przeciwzapalne, ale również indukuje gwałtowną apoptozę komórek jednojądrzastych, w tym limfocytów i makrofagów. Działanie przeciwzapalne może pośrednio przyczyniać się do niwelowania powstawania blizn. Ponadto błona owodniowa wykazuje działanie przeciwbólowe, które zostało zaobserwowane w leczeniu oparzeń chemicznych. Ważną cechą błony owodniowej jest jej działanie antyadhezyjne oraz łatwy dostęp i niemal nieograniczone możliwości jej uzyskiwania. Największą uwagę zwracają mezenchymalne komórki macierzyste owodni z uwagi na ich zdolność do różnicowania i możliwość wykorzystania potencjału terapeutycznego w medycynie regeneracyjnej. Wykazano zdolność transdiferencjacji komórek macierzystych owodni w komórki różnych narządów, m.in. kardiomiocytów, osteoblastów, fibroblastów czy komórek hepatocytopodobnych. Inną ważną cechą tych komórek są ich właściwości immunomodulujące.

Cel: Wprowadzenie do rutynowej praktyki klinicznej oraz standaryzacja przeszczepów allogenicznej biostatycznej owodni ludzkiej. Ocena skuteczności leczenia. Wykorzystanie owodni jako źródła komórek macierzystych.

Materiał i metody: W roku 2012 przeszczepiono 15 opatrunków z owodni ludzkiej

Wyniki: Owodnia przywiera do rany i wysycha szybko, tworząc cienką skorupę. Błona owodniowa złuszcza się całkowicie już w 10 dni po zabiegu. Po złuszczeniu owodni widoczny jest zregenerowany nabłonek.

Wnioski: Zastosowanie owodni ludzkiej do czasowego pokrycia ran, jako opatrunek biologiczny, daje dobre efekty kliniczne w leczeniu u chorych oparzonych. Efekt ten szczególnie jest korzystny w przypadku oparzeń twarzy oraz w oparzeniach IIA° i IIB°.

Słowa kluczowe: przeszczep biostatyczny, oparzenia, allogeniczny opatrunek.

ABSTRACT

Introduction: Amniotic membrane is a thin, semi-permeable tissue, constituting the innermost layer of the amniotic sac. Amnion transplants give promising results in wound healing with minimal inflammation and scar, which suggests that the amniotic membrane, has similar features to fetal tissue in supporting skin recovery. Previous studies have shown that the amniotic membrane has not only anti-inflammatory mediators, but also induces rapid apoptosis of mononuclear cells, including lymphocytes and macrophages. Anti-inflammatory effects may indirectly contribute to eliminating scarring. In addition, amniotic membrane has an analgesic action, which has been observed in the treatment of chemical burns. An important feature of the amniotic membrane is its anti-adhesive effect and easy access to this material. Amnion in also very interesting source of mesenchymal stem cells because of their ability to differentiate and therapeutic potential for regenerative medicine. Ability of amniotic



stem cell to transdifferentiation into cells of various cells such as cardiomyocytes, osteoblasts, fibroblasts and hepatocyte-like cells was observed. Another important feature of these cells are immunomodulatory properties.

Purpose: The introduction into routine clinical practice and standardization of allogeneic transplantation of human amniotic membrane. Evaluation of the effectiveness of treatment. The use of amnion as a potential source of stem cells.

Material and methods: In 2012, 15 dressings of allogenic human amnion were transplanted.

Results: Amnion adheres to the wound, dries quickly and form a thin crust. Amniotic membrane peels off completely about 10 days after surgery. After amnion peeling, regenerated epithelium is visible.

Conclusions: The use of human amnion for temporary wound coverage, as a biological dressing, gives good clinical results in the treatment of patients with burns. This effect is especially beneficial for facial burns and burns IIA and IIB stage.

Key words: burns, biostatic transplant, allograft.

nostic system to assist therapy of patients with burns and chronic wounds. The proposed system register thermograms and associated video images in three-dimensional space and assist diagnosis in subsequent stages of treatment of burns.

Material and methods: By supporting the burn classification process, system appoints body areas covered by burns. This will allow for non-invasive determination of degree and depth of burns in the first days after the burn, which will help to determinate surgical procedure involving the excision of necrotic tissue and wound preparation for transplantation. Measurement in subsequent days after injury (7 and 14 day) will allow to specify the conversion of depth of burns. Registration of thermograms of burn wound areas after the skin transplantation will enable to determinate degree of angiogenesis and improvement of checking of transplanted tissue perfusion, and thus the degree of graft healing.

Results: Pilot studies of patients with chronic wounds hospitalized in our Unit resulted in thermograms revealing differences in temperature of analyzed tissues.

Conclusions: Comparing the results of thermograms of burn wound with clinical evaluation is critical for improving the process of treating patients hospitalized in the Burn Unit and selection of the diagnostic procedure. It provides the use of less invasive treatment techniques, which results in shorter length of hospitalization and faster return to activity of the patient. By combining this information, the doctor will gain a complete picture of the diagnosis in the treatment of burn and chronic wounds.

Key words: thermograms, the degree and depth of burns.

V

V-00046

OCENA TERMOWIZYJNA RAN OPARZENIOWYCH I PRZEWLEKŁYCH

Marek Kawecki¹, Agnieszka Klama-Baryła¹,
Mariusz Nowak¹, Justyna Glik¹, Mirosław Dziewoński²

¹Centrum Leczenia Oparzeń, Siemianowice Śląskie

²Centrum Inżynierii Biomedycznej, Politechnika Śląska

STRESZCZENIE

Wstęp: Ocena głębokości oparzeń dokonywana w pierwszych dobach po urazie stanowi ważny wskaźnik prognostyczny, wpływający na zakwalifikowanie chorego do leczenia chirurgicznego.

Cel: W naszym szpitalu, będącym ośrodkiem referencyjnym leczącym oparzenia i rany przewlekłe, wdrażany jest nowatorski system diagnostyczny wspomagający leczenie pacjentów oparzonych i z ranami przewlekłymi. System ten rejestruje termogramy i powiązuje z nimi obrazy wideo w przestrzeni trójwymiarowej oraz wspomaga diagnostykę w kolejnych etapach leczenia oparzeń.

Materiał i metody: Prezentowany system diagnostyczny ma za zadanie wspomagać proces klasyfikacji oparzenia poprzez wyznaczenie obszarów tkanki objętej oparzeniem. Pozwala to na bezinwazyjne określenie stopnia i głębokości oparzenia, wyznaczając grubość uszkodzonej tkanki, którą należy usunąć podczas zabiegu chirurgicznego polegającego na wycięciu tkanek martwiczych i przygotowaniu rany do przeszczepu. Dotyczy to stopnia oparzenia obejmującego pełną grubość skóry, sklasyfikowanego dzięki temu systemowi. Pomiar w kolejnych dniach po urazie, umożliwia określenie konwersji głębokości oparzenia. Rejestracja termogramów dla obszarów rany oparzeniowej i przewlekłej po przeszczepie skóry pozwala natomiast na określenie stopnia angiogenezy i sprawdzenie usprawnienia odżywiania przeszczepionej tkanki, a co za tym idzie – również stopnia wjagania się przeszczepu.

Wyniki: Przeprowadzono badania pilotażowe pacjentów hospitalizowanych w naszym ośrodku, z ranami przewlekłymi, uzyskując obrazy termowizyjne uwidaczniające różnice temperatur w badanych tkankach.

Wnioski: Diagnostyka rany oparzeniowej i przewlekłej polegająca na porównaniu otrzymanych termogramów z oceną kliniczną rany oparzeniowej ma decydujące znaczenie dla polepszenia procesu leczenia pacjentów z powodu oparzeń i ran przewlekłych. Pozwala ona na wybór optymalnych metod leczenia chirurgicznego, co skutkuje skróceniem czasu hospitalizacji i szybszym powrotem do sprawności i aktywności zawodowej pacjenta. Wykorzystanie tego systemu zapewni pełniejszą wiedzę medyczną, dając szersze możliwości diagnostyczne w zakresie leczenia ran oparzeniowych i przewlekłych.

Słowa kluczowe: termogramy, stopień i głębokość oparzenia.

ABSTRACT

Introduction: Evaluation of burn depth is an important predictor for treatment at Burns Units, having an influence on the classification for surgical procedures.

Purpose: The Burn Unit, which is a reference center for the treatment of burns and chronic wounds) arose a need to develop innovative diag-

V-00047

ZASTOSOWANIE HODOWLANYCH *IN VITRO* ALLOGENICZNYCH KERATYNOCYTÓW W LECZENIU OPARZEŃ

Marek Kawecki, Małgorzata Kraut,
Agnieszka Klama-Baryła, Diana Hoff-Lenczewska,
Wojciech Łabuś

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

STRESZCZENIE

Wstęp: U wielu pacjentów rozległa powierzchnia oparzenia uniemożliwia przygotowanie odpowiedniej ilości autologicznych przeszczepów skóry pośredniej grubości. Często również wykorzystanie autologicznej hodowli komórek jest wykluczone przez występujące zakażenia bakteryjne lub wirusologiczne. U takich pacjentów jedną z metod leczenia staje się wykorzystanie allogenicznych keratynocytów pochodzących od innych dawców lub przeszczep skóry allogenicznej. W celu uzyskania lepszego efektu terapeutycznego możliwe jest połączenie tych metod lub nałożenie przeszczepu allogenicznych keratynocytów na przeszczepy autologiczne. Zarówno allogeniczna skóra, jak i allogeniczne keratynocyty są po pewnym czasie odrzucane przez organizm pacjenta. Jednak zastosowanie takiego sposobu leczenia umożliwi przygotowanie pacjenta do kolejnych przeszczepów autologicznej skóry, które są pobierane z tych samych miejsc dawczych.

Cel: Analiza przypadków zastosowania allogenicznych hodowanych *in vitro* keratynocytów w leczeniu pacjentów oparzonych.

Materiał i metody: W latach 2008–2013 w naszym szpitalu przeprowadzono 18 przeszczepów allogenicznych keratynocytów. U 15 pacjentów allogeniczne keratynocyty były wysiewane w „oczkach” autologicznych przeszczepów skóry, u 1 w „oczkach” allogenicznych przeszczepów skóry, u 1 w „oczkach” allo- i autologicznego przeszczepu skóry oraz u 1 bezpośrednio na oczyszczoną ranę ziarninującą. Większość przeszczepów (12) wykonano przez zawieszenie komórek w koncentracji bogato leukocytno-płytkowym przygotowanym z krwi pacjenta, którego zadaniem było zwiększenie adherencji komórek i pobudzenie ich wzrostu. Pozostałe przeszczepy wykonano z użyciem soli fizjologicznej.

Wyniki: Po zastosowaniu przeszczepu hodowanych keratynocytów zawieszonych w koncentracji wzrost młodego naskórka można zaobserwować już w 5. dniu, natomiast po przeszczepie komórek w soli fizjologicznej naskórek tworzył się dużo później (lub wcale).

Wnioski: Przeszczepy allogenicznych keratynocytów hodowanych mogą skutecznie wspomóc leczenie pacjentów poprzez tymczasowe zamknięcie rany. Przeszczepy te są dobrym opatrunkiem biologicznym przydatnym w leczeniu pacjentów z ciężkimi oparzeniami.

Słowa kluczowe: allogeniczne keratynocyty, hodowle *in vitro*, oparzenia.

ABSTRACT

Introduction: The extent of wound in many burned patients often unable us to take up the proper surface for autologous split-thickness skin graft, or to culture autologous skin cells due to bacterial or viral infections. In those cases cultures of allogenic keratynocytes derived from other donors, or if it is possible, allogenic skin grafts derived from donors are used. Often such methods are combined to obtain more satisfying clinical effect. Allogenic skin grafts and allogenic cultured *in vitro* keratynocytes are rejected after certain period of time. However application of such treatment method, make possible to prepare patient for consecutive split-thickness graft of autologous skin, derived from this same donor sites.

Purpose: Analysis of application of allogenic cultured keratynocytes in the treatment of burn wounds.

Material and methods: Between years 2008-2013 in our hospital were performed 18 transplants of allogenic skin cells. In 15 cases cultured allogenic keratynocytes were spread on autologous "eyelets" of mesh grafts, in 1 case were spread on allogenic "eyelets" of mesh grafts, in 1 case were spread on auto- and allogenic "eyelets" of mesh grafts and in 1 case were spread directly to the cleaned burn wound. Transplantation of cultured allogenic keratynocytes suspended in concentrated platelet leukocyte-rich gel (PLRG) was performed 12 times. PLRG was extracted from patient's peripheral blood, whose role was to increase the adherence of cells and stimulate their growth. Other transplants were performed using normal saline.

Results: After performing transplant of cultured allogenic keratynocytes suspended in PLRG, growth of fresh epidermis covering wound surface can be observed in 5th day, while after transplantation of cells in saline the epidermis was made much later (or at all).

Conclusions: Allogenic transplantation of cultured *in vitro* keratynocytes can fully substitute the allogenic split-thickness skin graft. Allogenic transplants are considered as good biological dressings, useful in treatment of patients with severe burns.

Key words: allogenic keratynocytes, *in vitro* culture, burns.

V-00050

MASYWNE KRWAWIENIE Z GUZA PODŚCIELISKOWEGO PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) TRZECIEJ CZĘŚCI DWUNASTNICY LECZONE DORAŹNIE METODĄ CZĘŚCIOWEJ RESEKCJI DWUNASTNICY

Grzegorz Jarczyk, Łukasz Bereziak, Marek Jackowski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp: GIST dwunastnicy jest bardzo rzadką przyczyną masywnego krwawienia z przewodu pokarmowego.

Cel: Rodzaj rekomendowanego zabiegu w przypadku GIST rozwijających się w dwunastnicy pozostaje nieokreślony i zależy głównie od wielkości i lokalizacji guza.

Materiał i metody: 45-letni mężczyzna został skierowany do naszego szpitala, w trybie ostrego dyżuru, z powodu smolistych stolców, krwawych wymiotów i zawrotów głowy. Poziom hemoglobiny 5,7 g/dl. Podczas doraźnego badania endoskopowego stwierdzono dużą ilość krwi w żołądku i dwunastnicy oraz podśluzówkowy guz trzeciej części dwunastnicy z krwawiącym centralnym owrzodzeniem, Forrest Ib. Krwawienie zatrzymano, ostrzykując wrzód roztworem adrenaliny. Podano płyny, inhibitor pompy protonowej i masę erytrocytarną. W ciągu najbliższych kilku godzin objawy masywnego krwawienia pojawiły się ponownie i pacjent został zakwalifikowany do zabiegu w trybie pilnym. Guz, o rozmiarach 4 cm x 4 cm x 4 cm, znajdował się w trzeciej części dwunastnicy, nie stwierdzono naciekania na głowę trzustki i wyrostek haczykowaty. Wykonano odcinkowe wycięcie trzeciej części dwunastnicy z następczym zespoleniem koniec do końca.

Wyniki: Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań, pacjent opuścił szpital w 7. dobie po operacji. W badaniu histopatologicznym rozpoznano

GIST, z aktywnością mitotyczną równą 2 figurom podziału na 50 DPW. Immunohistochemiczne barwienie wykazało reakcję z antygenem CD 117 i Ki-67 i jej brak w przypadku CD 34. Marginesy chirurgiczne określono jako wolne od nowotworu. Pacjent, 4 miesiące po zabiegu, pozostaje pod kontrolą, wolny od nawrotu choroby.

Wnioski: Częściowe wycięcie dwunastnicy może być z powodzeniem zastosowane w leczeniu GIST trzeciej części dwunastnicy, nienaciekających na trzustkę. Ten rodzaj leczenia chirurgicznego może być metodą z wyboru w sytuacjach awaryjnych, takich jak masywne krwawienie.

Słowa kluczowe: GIST, dwunastnica, masywne krwawienie, zespolenie.

ABSTRACT

Introduction: Duodenal GIST is a very rare cause of massive GI bleeding.

Purpose: Adequate surgical procedure for GISTs arising in the duodenum remains unclear and depends mainly on the size and location of the tumor.

Material and methods: A 45-year-old man was referred as an emergency to our hospital because of melena, haematemesis and dizziness. His hemoglobin level was 5.7 g/dL. Urgent endoscopic examination revealed a large amount of blood in the stomach and duodenum and a submucosal tumor in the third portion of the duodenum with a bleeding central ulcer, Forrest Ib. The bleeding was controlled by the injection of adrenaline solution. Fluids, proton pump inhibitor and packed erythrocytes were administered. Unfortunately, in the next few hours massive recurrent bleeding occurred and the patient was referred directly to surgery. The tumor, size of 4 cm x 4 cm x 4 cm, was located on the third portion of the duodenum, but there was no invasion to the pancreatic head and uncinat process. Segmental duodenectomy, with end-to-end duodeno-duodenal anastomosis was performed.

Results: The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on day 7. The histopathology revealed that tumor to be a GIST, with two mitotic figure per 50 high-power field. The lesion immunolabelled for CD 117 and Ki67, but not for CD 34. The surgical margins were negative. The patient has been doing well without recurrence for 4 months after surgery.

Conclusions: The segmental duodenectomy can be applied in the treatment of GIST of the third portion of the duodenum that does not involve the pancreas. This conservative treatment should be the procedure of choice in an emergency such as massive bleeding.

Key words: GIST, duodenum, massive bleeding, anastomosis.

V-00051

CZY WIEK POWYŻEJ 75. ROKU ŻYCIA WPŁYWA NA WYNIKI LECZENIA PACJENTÓW Z RAKIEM OKRĘŻNICY? ANALIZA MATERIAŁU WŁASNEGO

Mariusz Szajewski^{1,2}, Wiesław Janusz Kruszewski^{1,2}, Maciej Ciesielski^{1,2}, Jakub Walczak¹, Jacek Wydra¹

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyńskie Centrum Onkologii, Gdynia

²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

STRESZCZENIE

Wstęp: Najistotniejszym czynnikiem decydującym o powodzeniu leczenia onkologicznego jest wykrycie nowotworu we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego. Ze względu odmienną biologię choroby nowotworowej u osób starszych wiek leczonych pacjentów może wpływać zarówno na parametry patokliniczne nowotworu, jak i odległe wyniki leczenia.

Cel: Odpowiedź na pytanie, czy wiek ≥ 75 . roku życia wpływa znacząco na parametry patokliniczne raka okrężnicy i rokowanie.

Materiał i metody: Badaniem objęto 143 pacjentów z resekcyjnym rakiem okrężnicy operowanych w latach 2008–2010. Obserwację zakończono 31.03.2013 r. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 69 lat (mediana 71 lat). Większą grupę stanowili mężczyźni, 55% (n = 78). Zaawansowana choroba nowotworowa (III i IV stopień) dotyczyła 57% (n = 81) pacjentów. Pacjenci w wieku ≥ 75 lat stanowili 31% (n = 44). Guzy zlokalizowane po stronie lewej okrężnicy (L) stanowiły 60%. Wczesne powikłania pooperacyjne dotyczyły 25 (17%) pacjentów. Odnotowa-



no 2 (1,4%) zgonu w okresie okołoperacyjnym. W analizie statystycznej wykorzystano narzędzia pakietu Statistica 10.

Wyniki: Nie wykazano zależności ($p > 0,05$) pomiędzy wiekiem chorych ≥ 75 . roku życia a stopniem zaawansowania choroby nowotworowej, cechami nowotworu wg pTNM, czasem hospitalizacji po operacji, lokalizacją guza w jelicie (L vs P) oraz wczesnymi powikłaniami. Na czas przeżycia w analizowanej grupie ($n = 143$) wpływały: obecność przerzutów w węzłach chłonnych (N+ vs N-, $p = 0,00001$), cecha pT (T1+T2 vs T3+T4, $p = 0,002$), stopień zaawansowania choroby nowotworowej (I+II vs III+IV, $p < 0,05$) oraz obecność przerzutów odległych (M+ vs M-, $p < 0,05$). Niezależną wartość rokowniczą wykazano dla cechy M+ ($p = 0,00002$). Ryzyko zgonu w czasie obserwacji dla pacjentów ≥ 75 . roku życia vs < 75 . roku życia wynosiło 1,8 ($p = 0,04$). Ryzyko zgonu w grupie ≥ 75 . roku życia vs < 75 . roku życia w: 6. miesiącu 1,5 ($p = 0,4$), w 12. – 2,2 ($p = 0,03$), w 18. – 1,95 ($p = 0,05$), w 24. – 2,1 ($p = 0,01$), w 30. – 1,95 ($p = 0,01$), w 36. – 1,9 ($p = 0,005$).

Wnioski: Potwierdzono, że zaawansowanie choroby nowotworowej jest decydującym czynnikiem wpływającym na rokowanie u pacjentów z rakiem okrężnicy. Wiek pacjentów ≥ 75 . roku życia nie wpływał na parametry patokliniczne raka okrężnicy. Pacjentów z grupy wiekowej ≥ 75 . roku życia cechuje wyższe ryzyko zgonu w porównaniu z pacjentami młodszymi.

Słowa kluczowe: rak okrężnicy, odległe wyniki leczenia, rokowanie.

ABSTRACT

Introduction: The most important factor determining favorable outcome of cancer treatment is early diagnosis. Due to the differences in tumor biology in the elderly, age of patients may affect the patoclinical parameters of cancer and long-term outcome of oncological treatment.

The aim of the study was to assess, if age over 75 significantly affects patoclinical parameters and the results of treatment of colon cancer.

Material and methods: The material consisted of 143 patients with resectable colon cancer operated between 2008 and 2010. Observation finished on 31.03.2013. The average age in the studied group was 69 years (median 71). Majority of patients were male, 55% ($n = 78$). Advanced cancer (grade III and IV) was found in 57% ($n = 81$) of patients. There were 31% of patients over 75 ($n = 44$). 60% of tumors were located on the left side of the colon (L). Early postoperative complications were noted in 25 (17%) patients. There were 2 (1.4%) deaths in the perioperative period. Statistical analysis was performed with use of Statistica 10.

Results: There were no significant correlations ($p > 0.05$) between the age of patients (over and under 75) and cancer stage, tumor characteristics by pTNM, duration of postoperative hospital stay, tumor location in the colon (L vs.P) and short-term complications. The survival time in the studied group ($n = 143$) was affected by: the presence of lymph nodes metastases (N+ vs. N-, $p = 0.00001$), pT (T1+T2 vs. T3+T4, $p = 0.002$), stage of cancer (I+III vs. III+IV, $p < 0.05$) and the presence of distant metastases (M+ vs. M-, $p < 0.05$). The independent prognostic value has been demonstrated for the feature M+ ($p = 0.00002$). The risk of death during follow-up for patients ≥ 75 vs. < 75 was 1.8 ($p = 0.04$). The risk of death for patients ≥ 75 vs. < 75 during 6 months of observation was 1.5 ($p = 0.4$) during 12 months of observation was 2.2 ($p = 0.03$), 18 – 1.95 ($p = 0.05$), 24 – 2.1 ($p = 0.01$), 30 – 1.95 ($p = 0.01$), 36 – 1.9 ($p = 0.005$).

Conclusions: We confirmed that stage of the disease is a critical factor affecting the prognosis in patients with colon cancer. The age of patients did not affect patoclinical features of colon cancer. Patients over 75 of age are more likely to die postoperatively in comparison to younger patients.

Key words: colon cancer, long-term outcome, prognosis.

V-00056

OCENA PORÓWNAWCZA WYNIKÓW LECZENIA OPERACYJNEGO TORBIELI PILONIDALNEJ METODAMI LIMBERGA I BASCOM II

Maja Gorajska, Paweł Dutkiewicz, Przemysław Ciesielski, Sylwia Mossakowska, Paweł Siekierski

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy w Wołominie

STRESZCZENIE

Wstęp: Torbiel pilonidalna występuje stosunkowo często w grupie osób w wieku 20–40 lat. Częściej chorują mężczyźni oraz osoby obficie owłosione. Wycięcie torbieli pilonidalnej z zamknięciem rany z użyciem przesuniętego płata skóry umożliwia szybkie wygojenie rany i zmniejszenie liczby powikłań. Wśród operacji z plastyką skóry stosuje się operacje sp. Limberga i sp. Bascom 2.

Cel: Ocena porównawcza 2 metod operacyjnych przetoki włosowej: wycięcia z plastyką uszypułowanym płatem romboidalnym (metoda Limberga – ML) oraz wycięcia z plastyką skóry (metoda Bascom 2 – MB).

Materiał i metody: W latach 2008–2012 w Oddziale Chirurgii w Wołominie operowano 48 chorych w wieku 19–57 lat (średnia wieku – 28 lat) z powodu torbieli pilonidalnej. Metodą Limberga operowano 16 pacjentów (K – 2, M – 14). Metodą Bascom 2 – 32 pacjentów (K – 3, M – 29). Okres obserwacji wynosił od 6 do 49 miesięcy. Na badanie kontrolne zgłosiło się 42 pacjentów (87%). Na podstawie dokumentacji oceniono czas i przebieg gojenia. Na podstawie wywiadu i badania oceniono wystąpienie powikłań, dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjenta w okresie hospitalizacji oraz w chwili obecnej. Ból oceniany był wg skali VAS (1–10). Oceniano również wystąpienie lub brak nawrotu choroby.

Wyniki: Czas wygojenia rany w operacji ML wynosił 5,6 tygodnia, w operacji MB – 5,8 tygodnia. Częstość występowania nawrotów po operacji ML wynosiła 25%, po operacji MB – 11,5%. Częstość występowania powikłań po operacji ML wynosiła 18,7%, po operacji MB – 23%. Ból pooperacyjny u pacjentów po operacji ML wynosił 2,62 pkt, po operacji MB 4,38 pkt. Ból po wygojeniu w grupie osób operowanych ML wynosił 0,31 pkt, operowanych MB 0,5 pkt.

Wnioski:

1. W przypadku obu metod czas wygojenia rany był porównywalny.
2. Nawroty obserwowano 2 razy częściej u osób operowanych sp. Limberga.
3. Powikłania w okresie okołoperacyjnym zdarzały się częściej w grupie osób operowanych sp. Bascom 2.
4. Ból pooperacyjny oraz ból po całkowitym wygojeniu rany był większy w grupie osób operowanych sp. Bascom 2.

Słowa kluczowe: torbiel pilonidalna, płat Limberga, Bascom 2.

ABSTRACT

Introduction: The pilonidal sinus occurs relatively frequent in the group between 20–40 years of age. Male patients and persons with abundant body hair suffer more often than other. Excision with the tight closure with a skin flap provides the ability faster healing of wounds and reduce the number of complications. The most often operations with the skin flap are Limberg's operation and Bascom2's operation.

Purpose: Comparative of two surgical methods: by Limberg's flap procedures (excision and the plastic with pedunculated rhomboid flat-Limberg method – ML) and excision with a plastic skin (Bascom 2 method – MB).

Material and methods: There were 48 patients operated with the cause of the pilonidal sinus, in the age between 19 to 57 years (average age was – 28 years) in 2008-2012 There were 16 patients who were operated by Limberg's method (F – 2, M – 14). There were 32 patients operated by Bascom 2 method (F – 3, M – 29). The observation period was 6-49 months. All patients were invited for a control examination. There were 42 patients who appeared (the follow up was 87%). Based on the medical documentation and physical examination we compared complications, recurrences and pain in the peri-operative period and at the present time. The pain was assessed by VAS scale (1 to 10).

Results: The wound healing time was 5.6 weeks (ML) and 5.8 weeks (MB). The frequency of recurrence was 25% (ML) and 11.5% (MB). The frequency of complications was 18.7% (ML) and 23% (MB). Post-operative pain was 2.62 points (ML) and 4.38 points (MB). The pain after wound healing was 0.31 points (ML) and 0.5 points (MB).

Conclusions:

1. The wound healing time was comparable in both methods.
2. The recurrences were twice often in patients operated by Limberg's method.
3. There were more complications in group of patients operated by Bascom 2 method in perioperative period.
4. The post-operative pain and pain after wound healing was greater in patients undergoing Bascom 2 way.

Key words: pilonidal sinus, Limberg flap, Bascom 2.

V-00059

TECHNIKA OPERACYJNA TYROIDEKTOMII Z UŻYCIEM NEUROMONITORINGU

Waldemar Jędrzejczyk¹, Radosław Fajdek²,
Krzysztof Kroina², Krzysztof Lang², Jerzy Beciński²

¹Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum*

²Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim

STRESZCZENIE

Wstęp: Choroby gruczołu tarczowego to drugie co do częstości zaburzenie endokrynologiczne po cukrzycy. Jest to problem dotyczący w Polsce ok. 1,5 mln osób, co stanowi 4,6% ludności kraju. W Polsce wykonuje się ok. 17 617 zabiegów usunięcia tarczycy. Najczęstszymi powikłaniami zabiegów resekcji tarczycy są hipokalcemia (6,4–34,1%), uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego (RLNP) (1,1–2,1%), część zaburzeń ma charakter stały (odpowiednio 0,7–5,8% i 0,85–4,8%). Krwiak miejsca operowanego (1,2–2,7) oraz infekcja miejsca operowanego (0,1–0,85%). Częstość powikłań wzrasta wraz z rozległością operacji, w chorobie Gravesa-Basedowa, w chorobie nowotworowej oraz przy operacji wola nawrotowego. Istnieją doniesienia o wpływie śródoperacyjnej identyfikacji nerwu krtaniowego wstecznego (RLN) oraz gruczołów przytarczyc na częstość powikłań pooperacyjnych. Próbuje się także oznaczania PTH śródoperacyjnie dla określenia ryzyka pooperacyjnej niewydolności przytarczyc. Operacje tarczycy dążą w kierunku radykalizacji zabiegów i większej ilości resekcji całkowitych. Postępowanie to tłumaczy się możliwością przeoczenia choroby nowotworowej oraz zwiększonym ryzykiem podczas ewentualnej reoperacji. Można się spodziewać stale rosnącej liczby przejściowych hipokalcemii oraz RLNP, które to powikłania są związane z rozległością zabiegu.

Cel: Ponieważ brak jest wytycznych co do metodyki zastosowania RLNNm, w niniejszej pracy przedstawimy własne doświadczenia z zastosowaniem neuromonitoringu nerwu krtaniowego wstecznego (RLNNm).

Materiał i metody: W oddziale w roku 2012 wykonaliśmy 98 zabiegów z zastosowaniem RLNNm. Wśród pacjentów odnotowaliśmy 1 RLNP, co stanowi ok. 1%. Porażenie miało charakter przejściowy.

Wyniki: RLNNm jest używany w oddziale od 2012 r. przy każdej tyroidektomii. Elektroda badająca jest używana do identyfikacji nerwu krtaniowego podczas odsłaniania go na przebiegu, później ciągłość nerwu jest sprawdzana podczas resekcji tarczycy.

Wnioski: Użycie RLNNm podczas tyroidektomii pozwala na odnalezienie i monitorowanie ciągłości RLN podczas tyroidektomii.

Słowa kluczowe: neuromonitoring, nerw krtaniowy wsteczny, tyroidektomia.

ABSTRACT

Introduction: Thyroid disease is the second most common endocrine disorder after diabetes. This is a problem of about 1.5 million Poles which represents 4.6% of the country population. In Poland takes place about 17 617 thyroid operations. The most common complications of thyroid resection are hypocalcemia (6.4-34.1%), damage to the recurrent laryngeal nerve (RLNP) (1.1-2.1%), some of these are persistent (respectively 0.7-5.8% and 0.85-4.8%). Surgical site hematoma (1.2-2.7), and surgical site infection (0.1-0.85%). The incidence of complications increases with the extent of the operation, the Graves-Basedow disease, in cancer, and the operation off recurrent goiter. There have been reports about the impact of intraoperative identification of the recurrent laryngeal nerve (RLN) and parathyroid glands on incidence of postoperative complications. There are reports on observing the intraoperative PTH level to determine the risk of postoperative hypoparathyroidism. Thyroid

operations are now moving towards radicalization and more total resections. The trend is being explained by the possibility of missed cancer and the increased risk of reoperation. You can expect an increasing number of transient hypocalcemia and RLNP which complications are associated with the extent of the procedure.

Purpose: Since there is no guidance on the methodology for recurrent laryngeal nerve neuromonitoring (RLNNm) in this study we present our own experience with the use of RLNNm.

Material and methods: In our department in 2012 we performed 98 procedures using RLNNm. Among patients we recorded one RLNP which represents about 1%. Paralysis was transitional.

Results: RLNNm is used in our department from 2012 on every thyroidectomy. Probing electrode is used to identify the recurrent laryngeal nerve in the course of uncovering RLN and later when nerve continuity is checked during resection of the thyroid gland.

Conclusions: Using RLNNm during thyroidectomy allows to find and monitor the continuity of the RLN during thyroidectomy.

Key words: neuromonitoring, recurrent laryngeal nerve, thyroidectomy.



V-00063

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TARCZYCY W MATERIALE WŁASNYM**MALIGNANT THYROID TUMOURS IN OWN MATERIAL**

Krzysztof Kaliszewski, Michał Aporowicz,
Beata Wojtczak, Tadeusz Łukieńczuk,
Paweł Domoślawski

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

STRESZCZENIE

Wstęp: Mówiąc o nowotworach złośliwych tarczycy, myślimy najczęściej o rakach, ponieważ jest to najliczniejsza grupa guzów złośliwych tego narządu. Jednak oprócz nowotworów pochodzenia pęcherzykowego warto pamiętać także o nowotworach występujących znacznie rzadziej, których przebieg kliniczny często stwarza wiele problemów zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych.

Cel: Autorzy pracy chcą zwrócić uwagę na małą, rzadko występującą, ciekawą i dość zróżnicowaną grupę nowotworów tarczycy, których przebieg kliniczny jest bardzo nietypowy, co często znacznie utrudnia i opóźnia postawienie właściwego rozpoznania, a przez to podjęcie właściwego leczenia.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano 2493 historie chorób pacjentów ze schorzeniami tarczycy leczonych w jednym ośrodku w okresie od 01.01.2008 r. do 15.05.2013 r. W badanej grupie znalazły się 174 nowotwory tarczycy, w tym 3 mięsaki i 4 guzy wtórne.

Wyniki: Jak widać, pewne przypadki nowotworów tarczycy stanowią niewielki ułamek wszystkich guzów tego narządu. Dokładna analiza objawów klinicznych oraz ich przebiegu ujawniła cechy dające podstawy do wcześniejszego rozpoznania, a więc i leczenia.

Wnioski: Podczas omawiania nowotworów tarczycy słuszne wydaje się zwrócenie uwagi na postacie występujące rzadko, cechujące się złym rokowaniem, zwłaszcza w przypadku późnego rozpoznania i leczenia. Ostateczny wynik badania histopatologicznego bardzo często stanowi duże zaskoczenie zarówno dla klinicystów, jak i samych pacjentów.

Słowa kluczowe: nowotwór złośliwy, tarczyca, mięsak, guz wtórny.

ABSTRACT

Introduction: Saying about malignant thyroid tumours, usually we think about cancers, because these are the most numerous group of malignant tumours of this gland. However, except of tumors of follicular origin, it is proper to remember about these, that appear more seldom and which clinical course gives many problems, often both diagnostic and therapeutic.

Purpose: The authors want to pay attention at small, seldom occurring, interesting and various group of thyroid tumours, which clinical course is very atypical, what makes some difficulties and delays the proper recognition and so the proper treatment.

Material and methods: Authors retrospectively analysed 2493 medical charts of the patients with thyroid illnesses that have been treated in one surgical center from 01.01.2008 to 15.05.2013. In analysed group were 174 malignant thyroid tumours, in this 3 sarcomas and 4 secondary tumours.

Results: As we can see, some cases of thyroid tumours make small group of all thyroid tumours. Exact analysis of clinical symptoms and course revealed some features giving the basis to establish proper diagnosis earlier and so to start faster treatment.

Conclusions: Dealing with the matter of thyroid tumours, it seems to be justified to pay attention at these seldom occurring, featuring bad prognosis especially in case of late recognition and treatment. The final result of histopathological examination very often causes large surprise both for clinicians and for the patients.

Key words: malignant neoplasm, thyroid, sarcoma, secondary tumor.

ABSTRACT

Introduction: Ulcerative colitis is characterized by a persistent chronic-active inflammation of the colonic mucosa. In etiology of this disease the importance of intestinal microflora is underlined. The effect of changes of colonic microbiology lead to disbacteriosis and tissue inflammation.

Purpose: The authors decided to assess and compare the colonic flora in experimental model of acute and chronic ulcerative colitis in rats.

Material and methods: Forty inbred Wistar rats both sexes were used to the experiment. They were divided into 4 groups, two control and 2 experimental. The first experimental group showed acute ulcerative colitis, the second chronic colitis. Colitis was induced by oral administration of 5% dextran sulfate sodium salt in tap water. The acute and chronic colitis was confirmed histologically. The Geboes grading scale was used. The intestinal flora was assessed in colonic tissue and stool separately. From the colonic, the group of enterobacteriaceae and anaerobic bacteria and also residual staphylo and streptococci were evaluated.

Results: In acute inflammation superb architectural changes overcame all colonic tissue in experimental animals. Crypt destruction with erosions and ulcerations affect all animals. Whereas in chronic inflamed colonic tissues crypt destruction was noted also in all animals. The chronic infiltration of leucocytes was observed as well. There was a significant positive correlation between number of colonic bacteria infiltration and the degree of crypt inflammation. In acute inflamed intestine the number of pathological flora overcame healthy tissue. Index of differentiation of bacteria is higher in stool of suffered from acute colitis animals.

Conclusions:

1. The changes of colonic microflora are individual in acute and chronic inflamed colonic tissues.
2. In colonic wall the more genders of microflora than in stool were observed.
3. There were no differences in microbiology in both control groups.
4. There was a significant positive correlation between architectural changes and bacteriological infiltration of the mucosa of colonic tissue.

Key words: colonic, microflora, rats, ulcerative, colitis.

V-00071

PERFORACJA RĘKAWICZEK – JAK CZĘSTO ZDARZA SIĘ W CHIRURGII?

Dominik Walczak^{1,2}, Dariusz Pawełczak², Piotr Trzeciak¹, Bartłomiej Grobelski², Zbigniew Pasięka²

¹Oddział Chirurgiczny Ogólny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Rękawiczki chirurgiczne w założeniu mają stanowić protekcyjną barierę przeciwko takim krwiopochodnym patogenom, jak wirus nabytego braku odporności (HIV), zapalenia wątroby typu B czy C. Według różnych badań perforacja rękawiczek zdarza się w kilku do kilkudziesięciu procentach operacji, ale w większości przypadków pozostaje niezauważona przez chirurga czy pielęgniarkę. Oszacowano, iż każdy zabiegowiec w trakcie swojej kariery przynajmniej raz będzie „miał szansę” zakażenia się wirusem HCV, a 1 na 1500 wirusem HIV z powodu uszkodzonej rękawiczki

Celem pracy było oszacowanie, jak często perforacja rękawiczek zdarza się podczas różnych zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej.

Material i metody: Po zabiegach rękawiczki zbierane były od głównego operatora oraz asysty, a następnie poddawane dwóm testom na ich fizyczną integralność: 1) test przecieku wodnego – wystandaryzowana metoda polegająca na wizualnej ocenie rękawiczek po ich napełnieniu 1000 ml wody, 2) test oporności elektrycznej – polegający na sprawdzeniu przewodności elektrycznej rękawiczek zanurzonych w roztworze elektrolitu.

Wyniki: Przebadano 340 rękawiczek z 85 zabiegów chirurgicznych, 12% miała makroskopowo stwierdzone perforacje. Najczęściej perforacje występowały po zabiegach przepukliny pachwinowej sposobem Lichtenstaina. Uszkodzenia w rękawiczkach operatora zdarzały się częściej niż u asysty. Najczęstszym stwierdzonym miejscem występowania perforacji był palec wskazujący ręki niedominującej. Ponadto zaobserwowano, iż odsetek nieszczelności wzrasta z czasem trwania zabiegu. Ponad 46%

V

V-00068

OCENA ZMIAN FLORY BAKTERYJNEJ KOMPARTMENTU JELITOWEGO I TKANKOWEGO W OSTRYM I PRZEWLEKŁYM WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIU JELITA GRUBEGO U SZCZURÓW. DONIESIENIE WSTĘPNE

Romualda Wojcysz¹, Agnieszka Hałoń², Ewelina Iwaneczko², Małgorzata Flejscher³, Tadeusz Łukieńczyk¹

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

²Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej, UM we Wrocławiu

³Katedra Mikrobiologii, UM we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Wrzodziejące zapalenie jelit należy do przewlekłych chorób zapalnych. W etiologii schorzenia podkreśla się rolę flory jelitowej jako funkcjonalnego organu, gdzie przesunięcia pociągają za sobą rozwój dysbakteriozy i zapalenia tkanek.

Cel: Prześledzenie i porównanie zmian flory jelitowej w doświadczalnym modelu ostrego i przewlekłego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u szczurów.

Material i metody: Do doświadczenia użyto 40 szczurów wosbnego szczepu Wistar płci obojga podzielonych na 4 grupy. Pierwsza to zapalenie ostre, druga to zapalenie przewlekłe. Zapalenie jelit wywołano 5-procentowym roztworem soli sodowej siarczanu dekstranu w wodzie pitnej. Ostre i przewlekłe zapalenie jelit potwierdzono badaniem histopatologicznym. Do oceny tkanek zastosowano skalę oceny ciężkości i aktywności zmian zapalnych według Geboesa. Florę jelitową oceniono oddzielnie w kale i tkance jelitowej. Z kolonii drobnoustrojów wyodrębniono pałeczki jelitowe, bakterie beztlenowe i inne szczepy chorobotwórcze, jak gronkowce i paciorkowce.

Wyniki: W ostrym zapaleniu zmiany architektoniczne najwyższego stopnia dotyczyły wszystkich zwierząt. Destrukcja krypt również dotyczyła 100% zwierząt, towarzyszyły jej nadżerki i owrzodzenia. W zapaleniu przewlekłym destrukcją krypt obserwowano także u wszystkich zwierząt, a przewlekły naciek zapalny obejmował całą śluzówkę jelita. Istotną statystycznie różnicę na korzyść jelita (więcej) stwierdzono w liczbie rodzajów kolonii bakteryjnych. W grupie zwierząt z ostrym zapaleniem obserwowano statystycznie istotną większą liczbę szczepów bakteryjnych aniżeli w grupie kontrolnej. Wskaźnik zróżnicowania rodzajów drobnoustrojów jest wyższy w treści jelitowej zwierząt chorych na ostre zapalenie w porównaniu ze zwierzętami z przewlekłym zapaleniem.

Wnioski:

1. Obserwuje się przesunięcie flory bakteryjnej odrębne dla ostrego i przewlekłego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
2. W kompartmentcie jelitowym (tkankowym) zaobserwowano większą liczbę kolonii bakteryjnych chorobotwórczych aniżeli w treści jelitowej.
3. W grupach kontrolnych odnotowano stabilność w liczbie i rodzaju kolonii bakteryjnych.
4. Liczby kolonii bakteryjnych korelują wprost z zaawansowaniem zmian architektonicznych śluzówki jelita.

Słowa kluczowe: flora jelitowa, szczury, wrzodziejące zapalenie okrężnicy.

przebadanych rękawiczek przewodziła prąd elektryczny, z czego 75% nie miała makroskopowych cech perforacji.

Wnioski: Częstość perforacji rękawiczek chirurgicznych może być znacznie większa, niż szacowano. Wiele rękawiczek może posiadać mikroperforacje, które nie są wykrywane testem przecieku wodnego.

Słowa kluczowe: perforacje rękawiczek, rękawiczki lateksowe, przewodnictwo elektryczne, rękawiczki chirurgiczne.

ABSTRACT

Introduction: Surgical gloves provide a protective barrier against bacteria and blood-borne pathogens such as human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV). Studies reveal glove perforation rates of up to 60%, which are often unrecognized by the surgeon or nurse. It was estimated that every surgeon risks more than one hepatitis infection per lifetime and more than 1 in 1,500 surgeons is likely to be infected by HIV because of damaged gloves.

The aim of this study was to evaluate how often glove perforation occurs after different surgical operations.

Material and methods: Gloves from the operating surgeon and the first assistant were collected after operation and tested immediately using two methods: 1) water leak test – the approved standardized method to detect holes after filling up the gloves with 1000 ml of water; 2) electrical resistance test – method to detect gloves conductivity immersed in saline bath.

Results: Altogether, 340 gloves were studied. The overall perforation rate was 12%. Perforations the most frequently were observed after Lichtenstain hernia repair. The gloves worn by the operator were more likely to be perforated than those worn by the assistant surgeon. The most common site of perforation was in the index finger of the non-dominant hand. What's more, the number of perforations increases with length of operation time. Forty six percent of gloves conducted electrical current, while 75% of them had no macroscopic evidence of perforation.

Conclusions: The incidence of surgical glove perforation is probably much higher than previously was estimated. Many of gloves might have microperforations that can not be detected using water leak test.

Key words: glove perforation, latex gloves, electric conductivity, surgical gloves.

V-00072

MONITOR PODCZAS ZABIEGÓW LAPAROSKOPOWYCH – GDZIE POWINIEN BYĆ USTAWIONY?

Dominik Walczak^{1,2}, Dariusz Pawełczak²,
Piotr Piotrowski³, Piotr Trzeciak¹, Zbigniew Pasięka²

¹Oddział Chirurgiczny Ogólny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej, UM w Łodzi

³Katedra Radiokomunikacji i Teleinformatyki, Politechnika Wrocławska

STRESZCZENIE

Wstęp: Monitor najczęściej ustawiony jest w pobliżu stołu operacyjnego, na poziomie wzroku. Ten sposób przedstawiania obrazu ma wpływ na pogorszenie koordynacji wzrokowo-ruchowej. Jest to związane po pierwsze z brakiem możliwości jednoczesnego obserwowania pola operacyjnego na ekranie i ruchów własnych rąk. Po drugie „oś widzenia” endoskopu często nie pokrywa się z naturalną „osią widzenia” chirurga, gdyby spoglądał on bezpośrednio w pole operacyjne. Ponadto, trzonki narzędzi zachowują się jak dźwignia z osią obrotu położoną w miejscu nacięcia powłok brzucha, dlatego też faktyczne ruchy rękami narzędzi są odbiciami lustrzanymi ruchów, końcówek narzędzi, na ekranie. Badania wykazały, że najbardziej ergonomiczna jest pozycja „neutralna”, z głową zgiętą pod kątem 15–45°. Co więcej to zwrócenie wzroku ku dołowi poprawia zdolności akomodacyjne soczewki, dużo wniej powodując zmęczenie wzroku, oraz istotnie zmniejsza liczbę epizodów bólu głowy u operatora.

Celem pracy było sprawdzenie, czy wysokość ustawienia monitora może mieć wpływ na przebieg procedur laparoskopowych.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono na 52 studentach medycyny na własnoręcznie skonstruowanym тренаżerze laparoskopowym. Zadanie polegało na przewleczeniu nitki przez 9 oczek różnej wielkości, ustawionych pod różnym kątem i na różnej wysokości. Każdy

student wykonywał zadanie czterokrotnie w dwóch ustawieniach monitora: na wysokości wzroku oraz gdy spoczywał bezpośrednio na тренаżerze. Kolejność ustawień monitora była losowa.

Wyniki: Osiągane czasy wykonywanego zadania były lepsze, gdy monitor ustawiony był na тренаżerze, a wzrok zwrócony był ku dołowi ($p = 0,06$). Korzyści z niskiego ustawienia monitora uzyskiwali również studenci z doświadczeniem w laparoskopii. Niskie ustawienie monitora było nieznacznie częściej preferowane od wysokiego (56% vs 46%).

Wnioski: Wydaje się zasadne poszukiwanie nowych technologii, które umożliwią przeniesienie obrazu laparoskopowego „na pacjenta”, co poprawi ergonomię wykonywanych ruchów.

Słowa kluczowe: monitor, тренаżer laparoskopowy, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: The monitor is usually placed near the operative table, at eye level. This way of imaging affects hand-eye coordination significantly. First, it is impossible to observe the operative field and movement of one's hands simultaneously. Second, the axis of view of the endoscope rarely matches the natural axis of the surgeon's sight, as if he were looking directly into the operative field. Finally, the arms of the tools act as levers with a fulcrum at the site of the skin incision and hence real action with tool handles is a mirror of the movement of tool tips seen on the monitor. Studies have shown that a neutral position with the head flexed at 15–45° is most ergonomic. What is more, looking down improves accommodation of the eye lens, causing weariness of the eye less quickly and decreasing the number of headache episodes in a surgeon.

The aim of the study was to evaluate if the level of monitor placement influence on laparoscopic performance.

Material and methods: The study was performed on 52 medicine students on self-made laparoscopic simulator. The task was to pass thread through 9 holes of different size, placed on different level and angle. Every student was doing task four times in two monitor positions: at the eye level, and when it was placed on laparoscopic simulator. The order of monitor placement was random.

Results: The time of performed task was better when the monitor was placed on simulator and the sight was forced downwards ($p = 0.06$). The benefits from lower placement were also gained by the students with experience in laparoscopy. Lower placement was a little bit more often prefer position (56% vs. 46%).

Conclusions: The new technologies which will place display on the patient should be developed because that improves ergonomic of movements.

Key words: monitor, laparoscopic simulator, laparoscopy.

V-00073

OCENA PRZYDATNOŚCI SKAL PUNKTOWYCH W DIAGNOSTYCE OSTREGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Dominik Walczak^{1,2}, Dariusz Pawełczak²,
Monika Czerwińska¹, Karolina Ptasieńska¹,
Zbigniew Pasięka²

¹Oddział Chirurgiczny Ogólny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej, UM w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Prawidłowa diagnostyka ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (OZW) ciągle stanowi problem i nie zawsze jest łatwa nawet dla doświadczonych chirurgów. Badania wykazały, że od 20% do 30% usuniętych wyrostków jest niezmiennych chorobowo. Dlatego też stworzono różne skale punktowe, które mają wspomóc diagnozę wątpliwych przypadków i zmniejszyć liczbę niepotrzebnych appendektomii.

Celem pracy była ocena przydatności różnych skal punktowych w diagnostyce ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Materiał i metody: Badaniem objęto 55 pacjentów poddanych laparotomii z powodu podejrzenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Badanie lekarskie po przyjęciu do szpitala było przeprowadzane przez rezzydenta i specjalistę chirurgii ogólnej. Prawdopodobieństwo OZW oceniano na podstawie ośmiu różnych skal punktowych: Teichera, Alvarado, Fenyó, Eskelinena, Ohmana, Tzankisa, Linula i RIPASA. Wyniki



w poszczególnych skalach obliczał rezydent. Decyzje o operacji podejmował specjalista chirurgii, nie znając wyników punktowych.

Wyniki: Prawidłowy wyrostek usunięto w 22% przypadków. Najwyższą czułość wykazały skale Eskelinen (96%), Alvarado (86%) oraz RIPASA (86%). Najwyższą swoistość skale Tzankisa (67%), Teicher (55%) i Fenyo (55%).

Wnioski: Zastosowanie skal punktowych może zwiększyć trafność diagnostyczną ze względu na większą dokładność w zbieraniu wywiadu, a także bardziej sumienną i uporządkowaną analizę danych. Jednakże skale punktowe są wciąż tylko narzędziem wspomagającym diagnostykę.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, diagnostyka, systemy punktowe, appendektomia.

ny wzrost poziomu MPV oraz procentowej ilości neutrofilów stwierdzono u pacjentów z powikłanym ostrym zapaleniem wyrostka.

Wnioski: Przydatność objętości płytki (MPV) jako markera laboratoryjnego w diagnostyce ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jest mocno wątpliwa. Wysoka wartość objętości płytki, szczególnie w połączeniu z wysokim procentowym odsetkiem neutrofilów, może sugerować powikłany wyrostek robaczkowy.

Słowa kluczowe: appendektomia, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, średnia objętość płytki.

ABSTRACT

Introduction: Acute appendicitis (AA) is one of the most common surgical emergencies operations. Diagnosis is based on careful history, physical examination, laboratory and imaging investigation. However accurate diagnosis might be difficult even for experienced surgeons, as evidenced by the high rate of negative explorations, which commonly reaches 20% to 30%.

The aim of this study was to investigate the diagnostic value of mean platelet volume (MPV) in acute appendicitis.

Material and methods: Our study was carried out in 209 patients who had laparotomy because of acute appendicitis suspicion and 201 healthy control group. We evaluate MPV, white blood count (WBC), percentage of neutrophil count (NEU%) and level of C- reactive protein (CRP) as a diagnostic markers in acute appendicitis.

Results: Normal appendixes were removed in 21% of patients. We didn't detected statistically significant difference in MPV level between patients with acute appendicitis and control group and patients with AA and patients with removed normal appendix. A statistically significant decrease in MPV and NEU% was noted in patients with complicated acute appendicitis.

Conclusions: The diagnostic value of mean platelet volume (MPV) in acute appendicitis is doubtful. The high value of MPV may suggest complicated acute appendicitis especially when it's correlated with high percentage of neutrophil count.

Key words: appendectomy, acute appendicitis, mean platelet volume.

V-00076

ZASTOSOWANIE HODOWANYCH *IN VITRO* AUTOLOGICZNYCH KERATYNOCYTÓW I FIBROBLASTÓW ZAWIESZONYCH W KONCENTRACIE BOGATO LEUKOCYTARNO-PŁYTKOWYM Z CZYNNIKAMI WZROSTU W LECZENIU OPARZEŃ

Marek Kawecki, Wojciech Łabuś, Justyna Glik, Agnieszka Klama-Baryła

Centrum Leczenia Oparzeń, Siemianowice Śląskie

STRESZCZENIE

Wstęp: Terapia rozległych ran oparzeniowych z deficytem miejsc dawczych wymaga niejednokrotnie wdrożenia alternatywnych metod leczenia. W 2008 r. wprowadzono do praktyki klinicznej Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich przeszczep autologicznych keratynocytów i fibroblastów zawieszonych w koncentracji bogato leukocytarno-płytkowym z czynnikami wzrostu PLRG (*platelet leukocyte rich gel*). Założenie autologicznej hodowli keratynocytów i fibroblastów umożliwia namnożenie odpowiedniej liczby komórek, wystarczającej do pokrycia ran oparzeniowych.

Cel: Ocena gojenia ran oparzeniowych po wykonaniu przeszczepu hodowanych *in vitro* autologicznych keratynocytów i fibroblastów zawieszonych w koncentracji bogato leukocytarno-płytkowym z czynnikami wzrostu.

Material i metody: W okresie od 2008 r. do 2013 r. wykonano 69 przeszczepów autologicznych keratynocytów u 56 biorców oraz 23 przeszczepów autologicznych fibroblastów u 18 biorców. Komórki były zawieszane w koncentracji bogato leukocytarno-płytkowym z czynnikami wzrostu.

Wyniki: Po zastosowaniu autologicznych komórek naskórka i skóry właściwej (keratynocytów i fibroblastów) obserwowano zdecydowanie szybsze zamknięcie rany. W 5. dobie po przeszczepie w preparatach histologicznych stwierdzono elementy młodego naskórka. W 10. dobie po

V

ABSTRACT

Introduction: Accurate diagnosis of acute appendicitis (AA) is not always easy even for experienced surgeons. Many studies have shown that 20 to 30% of the appendixes removed are normal. Various clinical scoring systems have been developed to aid the diagnosis of AA in doubtful cases and reduce the number of unindicated appendectomies.

Purpose: The aim of this study was to investigate the diagnostic value different of scoring systems in acute appendicitis.

Material and methods: Our study was carried out in 55 patients who had laparotomy because of acute appendicitis suspicion. The medical examination after admitting to the hospital was performed by resident and senior surgeon. The probability of AA was evaluated according to 8 different scoring systems: Teicher, Alvarado, Fenyo, Eskelinen, Ohman, Tzankis, Linula, RIPASA. The scores were calculated by resident. The decision to operate was made by the senior surgeon who was unaware of the score.

Results: Normal appendixes were removed in 22% of patients. The highest sensitivity had Eskelinen (96%), Alvarado (86%) and RIPASA (86%) scoring systems. The highest specificity had Tzankis (67%), Teicher (55%) and Fenyo (55%).

Conclusions: The scoring systems might improve diagnostic accuracy as a result of taking more detailed medical history and better data analysis. However the scoring systems are still only an aid to clinical diagnosis.

Key words: acute appendicitis, diagnostic technique, scoring systems, appendectomy.

V-00074

OBJĘTOŚĆ PŁYTKI KRWI (MPV) W DIAGNOSTYCE OSTREGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Dominik Walczak^{1,2}, Dariusz Pawełczak², Piotr Trzeciak¹, Agata Żółtaszek³, Zbigniew Pasieka²

¹Oddział Chirurgiczny Ogólny, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

²Zakład Chirurgii Doświadczalnej, UM w Łodzi

³Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki

STRESZCZENIE

Wstęp: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (OZW) jest jednym z najczęstszych powodów wykonywania zabiegów ostrodrożurowych. Diagnostyka OZW opiera się na wywiadzie, badaniu przedmiotowym oraz wynikach badań laboratoryjnych i obrazowych. Jednakże poprawna diagnoza może nastęrczać trudności nawet doświadczonym chirurgom, o czym świadczy wysoki odsetek niepotrzebnych laparotomii, sięgający od 20% do 30%.

Celem pracy była ocena przydatności średniej objętości płytki w diagnostyce ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Material i metody: Badaniem objęto 209 pacjentów po laparotomii z powodu podejrzenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego oraz 201 zdrowych pacjentów jako grupę kontrolną. Oceniano jako markery diagnostyczne OZW: MPV, liczbę białych krwinek, procentową ilość neutrofilów, poziom białka C-reaktywnego.

Wyniki: Prawidłowy wyrostek usunięto w 21% przypadków. Nie stwierdziliśmy istotnej statystycznie różnicy w poziomie MPV pomiędzy pacjentami z ostrym zapaleniem wyrostka a grupą kontrolną oraz OZW a pacjentami z usuniętym prawidłowym wyrostkiem. Statystycznie istot-

zabiegu obserwowano w preparatach histologicznych warstwę rogowiczącego naskórka.

Wnioski: Zastosowanie hodowanych *in vitro* autologicznych keratynocytów i fibroblastów zawieszonych w koncentracji bogato leukocytno-płytkowym z czynnikami wzrostu pozwala na trwałe i szybkie zamknięcie rany oparzeniowej.

Słowa kluczowe: hodowla komórek *in vitro*, autologiczne komórki skóry, leczenie oparzeń.

ABSTRACT

Introduction: The therapy of extensive burn wounds with lack of suitable donor sites requires alternative clinical methods. Grafts of autologous keratinocytes and fibroblasts suspended in platelet leukocyte rich gel with growth factors (PLRG), were implemented in the Centre for Burn Treatment in Siemianowice Śląskie in 2008. Establishing procedures for autologous keratinocytes and fibroblasts culturing, enables us to obtain an optimal number of cells for burn wounds coverage.

Purpose: Evaluation of the effectiveness of extensive burn wound healing after grafting *in vitro* cultured autologous keratinocytes and fibroblasts suspended in platelet leukocyte rich gel with growth factors (PLRG).

Material and methods: 69 grafts of autologous keratinocytes within 56 patients, and 23 grafts of autologous fibroblasts within 18 patients were performed between 2008 and 2013. Cells were suspended in platelet leukocyte rich gel with growth factors (PLRG).

Results: After grafting of autologous epidermal and dermal cells (keratinocytes and fibroblasts) definitely faster wound closure was observed. In the 5th day after grafting in histological probes a young epidermis was found. In the 10th day after grafting a layer of corneus epidermis was observed.

Conclusions: The use of *in vitro* cultured autologous keratinocytes and fibroblasts grafts suspended in platelet leukocyte rich gel with growth factors (PLRG) enables permanent and fast burn wound closure.

Key words: *in vitro* cell culture, autologous skin cells, burn treatment.

V-00077

ZASTOSOWANIE SKÓRY ALLOGENICZNEJ PRZYGOTOWYWANEJ W BANKU TKANEK W LECZENIU OPARZEŃ

Marek Kawecki, Wojciech Łabuś, Agnieszka Klama-Baryła, Justyna Glik

Centrum Leczenia Oparzeń, Siemianowice Śląskie

STRESZCZENIE

Wstęp: Uzyskana w czasie pobrań wielonarządowych skóra ludzka, po odpowiednim biotechnologicznym opracowaniu i sterylizacji radiacyjnej, stanowi znaczną rezerwę allogeniczną, biostatycznych przeszczepów magazynowanych w Banku Tkanki, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Przeszczepy allogenicznej biostatycznej skóry ludzkiej stanowią substytut skóry stosowany w leczeniu ciężko oparzonych pacjentów do czasowego pokrywania ran, jako alternatywa dla opatrunków tradycyjnych. Do zalet allogenicznej skóry ludzkiej można zaliczyć: znoszenie bólu, tworzenie bariery dla infekcji, zmniejszenie strat wody i elektrolitów przez powierzchnię rany, stymulację gojenia, zwiększenie powstawania ziarniny czy stymulację epitelizacji. Pokrycie rany skórą allogeniczną chroni nieuszkodzone komórki przydatków skórnych, a tym samym wspomaga gojenie się ran.

Cel: Ocena skuteczności stosowania opatrunków ze skóry allogenicznej w leczeniu ciężko oparzonych pacjentów.

Materiał i metody: W latach 2012–2013 skóra allogeniczna przeszczepiona została 46 biorcom, w tym 8 wielokrotnie.

Wyniki: Zastosowanie skóry allogenicznej jako opatrunku pozwoliło na czasowe zamknięcie rany oparzeniowej, przygotowanie do dalszych procedur chirurgicznych, w tym wykonania wolnych przeszczepów skóry pośredniej grubości i przeszczepu autologicznych/allogenicznych hodowanych *in vitro* keratynocytów i fibroblastów.

Wnioski: Zastosowanie skóry allogenicznej jako czasowego opatrunku stanowi dobry substytut skóry, przydatny w leczeniu chorych ciężko oparzonych.

Słowa kluczowe: substytuty skóry, skóra allogeniczna, leczenie oparzeń.

ABSTRACT

Introduction: After a proper preparation and sterilization, human skin obtained during cadaver organ donation is a substantial reserve of allogeneic, biostatic grafts stored in the Tissue Bank at the Center for Burn Treatment in Siemianowice Śląskie Poland. Allogenic, biostatic skin grafts are used for the treatment of severely burned patients as temporary wound covers and act as an alternative for traditional dressings. The advantages of this type of biological dressings are: pain reduction, infection barrier, water and electrolytes loss reduction, healing stimulation, granulation improvement, promotion of epithelialization. The wound coverage with allogenic skin grafts protects undamaged skin appendages and thus supports wound healing.

Purpose: Evaluation of the effectiveness of allogenic skin grafts used for the treatment of severe burns.

Material and methods: Between 2012 and 2013 allogenic skin was used in 46 patients, 8 repeatedly.

Results: The use of allogenic skin grafts enables temporary wound coverage, preparation for further surgical procedures such as a split thickness skin grafts and autologous/allogenic *in vitro* cultured keratinocytes and fibroblasts.

Conclusions: The use of allogenic skin grafts applied as an effective skin substitutes for temporary wound coverage, is useful in the treatment of patients with severe burns.

Key words: skin substitutes, allogenic skin, burn treatment.

V-00081

PRECYZJA I HAPTYKA SYSTEMU OPERACYJNEGO DAVINCI® W PORÓWNANIU Z CHIRURGIĄ LAPAROSKOPOWĄ

Dariusz Łaski¹, Jarosław Kobiela¹, Jacek Sznurkowski², Tomasz Stefaniak¹, Zbigniew Śledziński¹

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

²Klinika Ginekologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Chirurgia robotowa zyskuje popularność w urologii, ginekologii i chirurgii jelita grubego. Uważa się, iż systemy robotyczne cechują się lepszą wizualizacją i kontrolą ruchu narzędzi. Jest to efekt stereoskopowej wizualizacji oraz 90-stopniowego zakresu ruchu z siedmioma stopniami swobody narzędzi. Mimo to laparoscopia pozostaje złotym standardem wśród technik małoinwazyjnych.

Cel: Celem badania było porównanie precyzji oraz sprzężenia sensorycznego w prostych ćwiczeniach wykonywanych robotem operacyjnym DaVinci oraz przy użyciu narzędzi laparoskopowych.

Materiał i metody: Trzy proste zadania zostały zaprojektowane, by porównać: precyzję podczas nakłuwania wystandaryzowanych pól z masy plastycznej, precyzji wycinania wystandaryzowanego kształtu nadrukowanego na tkaninie oraz powtarzalności siły nacisku na powierzchnię przy użyciu wagi laboratoryjnej. Zadania wykonywano przy użyciu robotowego systemu operacyjnego (DaVinci® Intuitive Surgical, Sunnyvale, USA) oraz laparoskopowego trenera skrzynkowego (Carl Storz, Tuttlingen, Germany). Do udziału w badaniu zaproszono dziesięciu doświadczonych w laparoskopii chirurgów.

Wyniki: Precyzja nakłuc oraz wycinania była znamienne wyższa w zadaniach wykonywanych z wykorzystaniem systemu robotowego. Powtarzalność siły nacisku okazała się znamienne wyższa w zadaniach wykonywanych przy użyciu narzędzi laparoskopowych.

Wnioski: Robotowy system operacyjny oferuje wyższą precyzję ruchu, jednakże przy braku jednoczesnego sprzężenia sensorycznego okazuje się ustępować w powtarzalności siły nacisku.

Słowa kluczowe: chirurgia robotowa, techniki małoinwazyjne, laparoscopia, haptika, DaVinci.



ABSTRACT

Introduction: Robotic surgery is gaining popularity in urology, gynecology and colorectal surgery. It is believed to offer superior visualization and movement control. This is achieved by stereoscopic vision, supplemented 90 degrees of articulation and 7 degrees of freedom of the instruments. Laparoscopic surgery however remains gold standard within minimally invasive techniques.

Purpose: The aim of the study was to compare precision and tactile feedback in simple tasks performed with DaVinci robotic system and laparoscopic surgery.

Material and methods: Three simple tasks were designed to compare performance: precision of puncture was measured using standardized fields of plastic material, precision of cutting was measured using a standardized shape printed on a cloth; repeatability of pressure application was measured using analytical balance. Tasks were performed using robotic system (DaVinci® Intuitive Surgical, Sunnyvale, USA) and laparoscopic box-trainer (Carl Storz, Tuttlingen, Germany). Ten surgeons experienced in laparoscopic surgery were invited to perform the tasks.

Results: Precision of puncture and cutting were significantly higher in robotic system. Repeatability of pressure application was significantly higher in the laparoscopic surgery setting.

Conclusions: Robotic system offers improved precision, however the lack of tactile feedback results in inferior repeatability of pressure application.

Key words: robotic surgery, minimal invasive techniques, laparoscopy, haptics, DaVinci.

wstępnych rozpoznania bąblowicy. Skojarzenie badań wizualizacyjnych z badaniem płynu torbieli wykazywało najwyższą trafność diagnostyczną.

Słowa kluczowe: bąblowica, torbiel wątroby, wątroba.

ABSTRACT

Introduction: Echinococcosis is an infectious disease, caused by larval stages of cestode species of the genus *Echinococcus*. In the life cycles of this parasite human is an aberrant hosts. Symptoms usually depend on localization and size of the cyst. In 80-95% cases echinococcosis is localized in the liver, the lung and rarely in the brain. The diagnosis of Echinococcosis is based on visualization and immunodiagnostic tests.

Purpose: The diagnostic accuracy assessment of the preoperative visualization and serologic tests in the hepatic echinococcosis recognition.

Material and methods: Among 110 patients with hepatic cysts from 2000 to 2009 a group of 30 patients with the suspicion of echinococcosis in USG and CT was separated. Every patients have been performed ELISA test with determination of antibodies against *Echinococcus*. During the operation the morphotic elements of *Echinococcus* has been researched. The verification test was based on the histopathologic verification.

Results: Echinococcosis was finally recognized in 19 cases and in 11 cases was excluded. The sensitivity of visualizations tests was 73.7%, specificity – 88.9%, NPV – 61.5%, PPV – 93.3%, Youden's factor – 0.626, Φ indicator – 0.586. The sensitivity of serologic test tests was 47.4%, specificity – 63.6%, NPV – 41.2%, PPV – 69.2%, Youden's factor – 0.140, Φ indicator – 0.132. The sensitivity of cyst liquid was 84.2%, specificity – 100%, NPV – 75%, PPV – 100%, Youden's factor – 0.842, Φ indicator – 0.795.

Conclusions: The cyst liquid examination of the morphotic elements of *Echinococcus* was the best diagnostic method. The cyst calcification which has been found in preoperative visualization showed the parasitic character in the best way. The examination which had been loaded the biggest mistake was ELISA test. The combination of visualization and cyst liquid examination had the higher diagnostic accuracy.

Key words: echinococcosis, hepatic cyst, liver.

V-00085

OCENA TRAFNOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ PRZEDOPERACYJNYCH BADAŃ WIZUALIZACYJNYCH I SEROLOGICZNYCH W ROZPOZNAWIU BĄBLOWICY WĄTROBY

Joanna Hołody-Zaręba¹, Konrad Zaręba²,
Bogusław Kędra²

¹Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Wojewódzki Szpital Zespolony im J. Śniadeckiego w Białymstoku

²II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Bąblowica jest chorobą zakaźną wywołaną przez inwazyjną postać larwalną tasiemca bąblowcowego z rodziny *Taeniidae*, należącego do rodzaju *Echinococcus*. W cyklu rozwojowym bąblowca człowiek jest żywicielem przygodnym. Przebieg choroby jest uzależniony od lokalizacji oraz wielkości larwy.

Cel: Celem pracy była ocena trafności diagnostycznej przedoperacyjnych badań wizualizacyjnych i serologicznych w rozpoznaniu bąblowicy wątroby u chorych leczonych operacyjnie z powodu torbieli wątroby. Ponadto ocenie poddano płyn pobrany śródoperacyjnie z torbieli w kierunku haków i protoskoleksów.

Materiał i metody: Spośród 110 pacjentów ze zmianami torbielowatymi wątroby wyodrębniono grupę 30 pacjentów, u których w badaniach wizualizacyjnych wysunięto podejrzenie etiologii pasożytniczej. Ponadto wykonano badania serologiczne testem ELISA w kierunku przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom bąblowca. Podczas zabiegu operacyjnego pobierano płyn, poszukując protoskoleksów i haków. Ostateczne rozpoznanie ustalano na podstawie badania histopatologicznego usuniętej torbieli. Grupę badanych stanowiły 22 kobiety i 8 mężczyzn w średnim wieku 52 ± 16,2 roku.

Wyniki: Ostatecznie bąblowicę potwierdzono w 19 przypadkach, u 11 pacjentów wykluczono charakter pasożytniczy torbieli. Czułość badań wizualizacyjnych wyniosła 73,7%, swoistość – 88,9%, NPV – 61,5%, PPV – 93,3%, współczynnik Youdena – 0,626, Φ – 0,586. Czułość testu ELISA – 47,4%, swoistość – 63,6%, NPV – 41,2%, PPV – 69,2, współczynnik Youdena – 0,140, Φ – 0,132. Czułość badania płynu torbieli wyniosła 84,2%, swoistość – 100%, NPV – 75%, PPV – 100%, współczynnik Youdena – 0,842, Φ – 0,795.

Wnioski: Badanie płynu torbieli w kierunku protoskoleksów i haków było najlepszą metodą diagnostyczną w rozpoznaniu bąblowicy wątroby. Zwapnienia torbieli w badaniach wizualizacyjnych najtrafniej wskazywały na jej etiologię pasożytniczą. Test ELISA był obciążony wysokim błędem

V-00086

ZNACZENIE WYBRANYCH WSKAŹNIKÓW IMMUNOLOGICZNYCH W OCENIE RYZYKA CIĘŻKICH POWIKŁAŃ SEPTYCZNYCH U CHORYCH PO ROZLEGŁYCH URAZACH

Aneta Binkowska¹, Grzegorz Michalak¹,
Robert Słotwiński²

¹Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Immunologii, Biochemii i Żywienia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Patofizjologia powikłań u pacjentów z urazami wielonarządowymi jest przedmiotem intensywnych badań.

Cel: Próba wyznaczenia wskaźników immunologicznych, które w zależności od wielkości urazu będą miały znaczenie we wczesnej diagnostyce ciężkich powikłań pourazowych.

Materiał i metody: Badaniem objęto chorych przyjętych na SOR Szpitala Bielańskiego i Praskiego z powodu urazu. W zależności od skali ISS chorych podzielono na dwie grupy, w tym do gr. A włączono chorych z ISS \geq 20, a do gr. B z ISS < 20. Ocena ciężkości stanu chorego oraz badania laboratoryjne i immunologiczne wykonywane były w momencie przyjęcia na SOR, a następnie powtórzone po 3, 6, 12 i 24 godz. Monitorowano stan kliniczny, częstość powikłań, liczbę operacji, długość pobytu w szpitalu lub na OIT, respiratoterapię i śmiertelność. Z krwi obwodowej oznaczano stężenia IL-6 i IL-1Ra techniką ELISA. Grupę kontrolną stanowiło 20 zdrowych ochotników.

Wyniki: W gr. A u 10 chorych wystąpiły ciężkie powikłania, w tym 5 pacjentów zmarło. W gr. B powikłania wystąpiły u 2 chorych. Najczęściej notowano niewydolność oddechową oraz infekcje. W porównywalnych grupach chorych (A vs B) stwierdzono istotne różnice w stężeniach cytokin, natomiast nie notowano istotnych różnic w parametrach biochemicznych. W gr. A stężenie IL-6, w 3. godz. hospitalizacji, było istotnie pod-

wyższe w porównaniu z gr. B (A vs B: 101,52 ± 95,92 pg/ml: 59,67 ± 81,30 pg/ml, $p = 0,00006$). U chorych z powikłaniami pourazowymi stężenie IL-6 było istotnie wyższe w porównaniu z osobami bez powikłań. Najwyższe stężenia IL-6 notowano u chorych, którzy zmarli. Podobnie, istotne statystycznie zmiany stwierdzono w badaniach stężenia IL-1Ra (A vs B: 4960,48 ± 7149,014 pg/ml: 3833,81 ± 6422,17 pg/ml, $p = 0,02$). Występowały one jednak nieco później, w 6. godz. hospitalizacji. Stężenia badanych cytokin korelują ze skalą ISS (korelacja Spearmana $r = 0,47$ dla $p = 0,007$).

Wnioski: Odpowiedź prozapalna (SIRS) na uraz wyprzedza pojawienie się odpowiedzi przeciwzapalnej (CARS). Wrodzona odpowiedź odpornościowa, oceniana na podstawie stężeń IL-6 i IL-1Ra, wyprzedza wystąpienie ciężkich powikłań pourazowych, co może wskazywać na praktyczne zastosowanie tych cytokin jako wczesnych wskaźników ryzyka powikłań i zgonów u chorych po urazach.

Słowa kluczowe: SIRS, CARS, cytokiny, uraz.

ABSTRACT

Introduction: The pathophysiology of complications in patients with multi-organ injuries is a subject of intense research.

Purpose: This study is to determine if the immunological indicators depending on the extent of the injury will have practical significance for the early diagnosis of severe complications after trauma.

Material and methods: The study included patients admitted to the ED of two Warsaw hospitals due to injury. Depending on the ISS scale, patients were divided into 2 groups – group A included patients with ISS ≥ 20, group B – ISS < 20. Assessment of patients condition and immunological tests were performed upon their admission to the ED, and repeated after 3, 6, 12, 24 h. Clinical status of each patient, incidence of complications, number of operations, length of hospital and ICU stay, respiratotherapy and mortality were monitored. The concentrations of IL-6 and IL-1Ra were determined in the peripheral blood by ELISA. The control group comprised 20 healthy volunteers.

Results: In 10 patients from group A severe complications were observed and 5 patients died. In the group B, complications occurred in 2 patients. The most frequently reported were respiratory failure and infection. The comparison of parameters between A and B groups showed significant differences in the cytokines levels, while no significant differences were noted in the biochemical parameters. The IL-6 level in the gr. A in the 3rd h of hospitalization was significantly higher compared to the gr. B ($p = 0,00006$). In patients with traumatic complications the IL-6 level was significantly higher compared to those without complications. The highest level of IL-6 was observed in patients who died. In the 6th h of hospitalization significant differences between groups were found also in levels of IL-1Ra ($p = 0,02$). Cytokine levels correlated with the ISS scale (Spearman's rho $r = 0,47$, $p = 0,007$).

Conclusions: The pro-inflammatory response syndrome (SIRS) to injury precedes the anti-inflammatory response (CARS). The innate immune response, assessed on the basis of IL-6 and IL-1Ra levels precedes severe post-traumatic complications, which may indicate the practical suitability of this cytokines as early indicators of the risk of complications and death in patients with trauma.

Key words: SIRS, CARS, cytokines, trauma.

V-00089

CHOROBY OGÓLNOCHIRURGICZNE W PRZEBIEGU LECZENIA CIĘŻKICH OPARZEŃ

Marek Kawecki, Piotr Sopolski, Mariusz Maj, Justyna Glik

Centrum Leczenia Oparzeń, Siemianowice Śląskie

STRESZCZENIE

Wstęp: U pacjentów oparzonych choroby ogólnochirurgiczne występują częściej niż w całej populacji. Wstrząs bólowy pogarsza przepływ krwi przez naczynia trzewne, doprowadzając do owrzodzeń żołądka lub dwunastnicy, nierzadko wikłanych perforacją lub krwawieniem. U osób starszych spadek przepływu krwi przez tętnicę pęcherzykową może spowodować niedokrwienie ściany pęcherzyka żółciowego z następczą perforacją. Spadek odporności związany ze wstrząsem oparzeniowym uaktywnia utajone źródła infekcji wewnątrzbrzuszej np. zaostření prze-wlekłego zapalenia jajników czy zapalenie wyrostka robaczkowego.

Oparzenie powłok brzucha, dolnej części klatki piersiowej, pleców, okolicy lędźwiowej na skutek uszkodzenia lub podrażnienia splotów nerwowych może być przyczyną niedrożności porażennej jelit, ich wzdęcia i w skrajnych przypadkach perforacji.

Cel: Analiza występowania chorób ogólnochirurgicznych wymagających operacji innych niż chirurgiczne leczenie choroby oparzeniowej u chorych leczonych w CLO w okresie od stycznia 2007 r. do maja 2013 r.

Materiał i metody: W pracy dokonano analizy przyczyn i skutków chirurgicznego leczenia 23 chorych hospitalizowanych w CLO z powodu oparzenia w okresie od stycznia 2007 r. do maja 2013 r., u których w trakcie choroby oparzeniowej wystąpiły ostre objawy powodujące konieczność interwencji ogólnochirurgicznej. W tym okresie w CLO hospitalizowano 6501 chorych. Wśród przyczyn doraźnej interwencji ogólnochirurgicznej wyróżniono: 3 przypadki krwotoku z owrzodzenia żołądka i dwunastnicy, 5 przypadków ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, 6 przypadków krwotoków wewnętrznych z pękniętej śledziony, 2 przypadki perforacji z żołądka i dwunastnicy, jeden przypadek wyłonięcia sztucznego odbytu u pacjenta z oparzoną krocem, jeden przypadek operacji z powodu zwężenia sztucznego odbytu, 5 przypadków drenażu jamy opłucnej z powodu odmy i odmokrwiaka.

Wyniki: U wszystkich omawianych pacjentów uzyskano pozytywne wyniki operacyjnego leczenia chorób ogólnochirurgicznych.

Wnioski: Ze względu na możliwość wystąpienia chorób ogólnochirurgicznych u pacjentów oparzonych, z uwagi na specyfikę leczenia choroby oparzeniowej oddziały leczenia oparzeń winny zatrudniać doświadczonych specjalistów chirurgii ogólnej.

Słowa kluczowe: choroby ogólnochirurgiczne, oparzenia.

ABSTRACT

Introduction: In burn patients general surgery diseases are more common than and all population. Pain shock reducing blood flow in splanchnic vessels and leads to stomach (gastric) or duodenal ulcers, often with perforation or bleeding. The reduction of vesical artery blood circulation in elderly patients can lead to cholecystitis ischemia with subsequent perforation. Decrease in immune system linked to burn shock, activates hidden source of intra-abdominal infections: aggravation of chronic ovariitis, appendicitis. Burns of abdominal integument, lower part of thorax, dorsum or lumbar area, due to a damage or irritation of nerve plexus, can cause a paralytic ileus, its distention/flatulence and, in extreme cases, can lead to perforation.

Purpose: Analysis of prevalence of general surgery diseases requiring surgical interventions, other than surgical treatment of burn disease, in patients treated at the Centrum Leczenia Oparzeń between January 2007 and May 2013.

Material and methods: Cause and effect analysis of surgical treatment of 23 patients with burn injuries, hospitalized at the Centrum Leczenia Oparzeń between January 2007 and May 2013. During burn disease in those patients occurred acute symptoms requiring general surgery intervention. During that time at the Centrum Leczenia Oparzeń were hospitalized 6501 patients. Among causes of general surgery interventions were: 3 cases of bleeding due to stomach/gastric and duodenal ulcers, 5 cases of acute cholecystitis, 6 cases of internal bleeding caused by a rupture of the spleen, 2 cases of stomach and duodenal perforation, 1 case of exteriorization of an artificial anus in patient with burned perineum, 1 case of surgery due to artificial anus stenosis, 5 cases of pleural cavity drainage caused by pneumothorax and pneumohemothorax.

Results: In all of these patients we achieved positive results of surgical treatment of general surgery diseases.

Conclusions: Because of a possibility of occurrence of general surgery diseases in burn patients, in view of the specificity of burn disease treatment Burn Treatment Wards should employ experienced specialists in general surgery.

Key words: general surgery diseases, burns.



V-00091

ANALIZA WYNIKÓW 1000 KOLONOSKOPII WYKONANYCH W RAMACH BADAŃ PRZESIEWOWYCH**Wiesław Kruszewski^{1,2}, Mariusz Szajewski^{1,2}, Krzysztof Kawecki¹, Hanna Korth-Piotrowska³, Tomasz Buczek¹**¹Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital Morski w Gdyni, Gdyńskie Centrum Onkologii²Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny³Pracownia Endoskopii, Szpital Morski w Gdyni, Gdyńskie Centrum Onkologii**STRESZCZENIE**

Wstęp: Rak jelita grubego w Polsce jest drugim nowotworem złośliwym co do częstości występowania. Można skutecznie obniżyć zachorowalność na tę chorobę poprzez badania przesiewowe w populacji ludzi dorosłych z wykorzystaniem kolonoskopii.

Cel: Analiza wyników 1000 kolonoskopii wykonanych w ramach profilaktyki zachorowań na raka jelita grubego u osób dorosłych.

Materiał i metody: Materiał stanowi 1000 osób dorosłych po 40. roku życia, którzy zgłosili się dowolnie bez wymaganego skierowania na kolonoskopię wykonaną bez znieczulenia ogólnego. Zachętą do wykonania badania była akcja uświadamiająca poprzez mass media i ulotki. Warunkiem rekrutacji do badania był brak objawów klinicznych guza w jelicie grubym. Dodatni test na krew utajoną w kale i posiadanie krewnych z rakiem i/lub polipem (polipami) to warunki udziału ludzi z przedziału wieku 40–50 lat.

Wyniki: Zauważono szybki odzew na akcję zachęcającą do udziału w badaniu. 95% uczestników badania stanowili mieszkańcy miast. U 30 osób (3%) rozpoznano inwazyjnego raka jelita grubego. U 17 występował on w odbytnicy, u 13 w okrężnicy. Dodatni wynik testu na krew w kale (n = 167) nie korelował z rozpoznaniem raka. U 31% rozpoznano łagodne polipy w jelicie grubym. Nie było powikłań po kolonoskopii wymagających hospitalizacji. Poddani badaniu ocenili kolonoskopię bez znieczulenia jako procedurę łatwą do przejścia.

Wnioski: Istnieje duże zapotrzebowanie społeczne na działania uświadamiające celowość poddania się kolonoskopii oraz na dostępność do tej procedury, co znalazło odzwierciedlenie w dużej ilości osób zgłaszających się na badanie. Niska zgłaszalność do udziału w programie osób ze wsi wskazuje na szczególną potrzebę adresowania akcji uświadamiającej do społeczności wiejskiej. Około 3% populacji dorosłych bez klinicznych objawów guza w jelicie grubym jest zagrożonych rakiem jelita grubego w postaci inwazyjnej. Około 1/3 populacji dorosłych ma ryzyko rozwoju polipów w jelicie grubym.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, kolonoskopia, profilaktyka.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is the second in incidence cancer in Poland. One can effectively reduce the incidence of this disease by screening the adult population using colonoscopy.

Purpose: Analysis of the results of 1000 colonoscopies performed in the prevention of colon cancer in adults.

Material and methods: Material for the study was 1000 adults over 40 years old who volunteered without a referral from a doctor for colonoscopy performed without general anesthesia. The incentive to carry out the study was, the awareness raising campaign, through the mass media and flyers. The condition to participate in the screening program was the lack of clinical signs of a colon tumor. A positive test for occult blood in the stool and having relatives with cancer and/or polyp(s) were the conditions for participation in the 40-50 years age range.

Results: Rapid response to action encouraging the participation in the study was observed. 95% of study participants were urban dwellers. 30 patients (3%) were diagnosed with invasive colorectal cancer. Cancer was found in the rectum in 17 and in the colon in 13 participants. A positive test for blood in the stool (n = 167) did not correlate with a diagnosis of cancer. Benign colon polyps were diagnosed in 31% of participants. There were no complications requiring hospitalization after colonoscopy. The subjects of the study evaluated the colonoscopy without anesthesia as a well tolerated procedure.

Conclusions: There is a strong public demand for actions raising the desirability to undergo colonoscopy as well as on the availability of this procedure, which was reflected in the large number of applicants to study.

Low reportability to participate in the program among rural residents points to the particular need for awareness-raising actions addressed to the rural community. Approximately 3% of the adult population, without clinical evidence of tumor has the risk of invasive colon or rectal cancer. Approximately one third of the adult population have a risk of colorectal polyps.

Key words: colorectal cancer, colonoscopy, prophylaxis.

V-00093

OLBRZYMI GUZ STROMALNY WYWODZĄCY SIĘ Z SIECI WIĘKSZEJ – OPIS PRZYPADKU**Krzysztof Pragacz¹, Andrzej Zieliński², Ireneusz Nawrot³**¹SP ZZOZ w Staszowie²Szpital Kielecki św. Aleksandra w Kielcach³Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa**STRESZCZENIE**

Wstęp: Guzy stromalne to nowotwory wywodzące się z tkanki mezenchymalnej przewodu pokarmowego. Ponad 90% guzów stromalnych umiejscowionych jest w przewodzie pokarmowym. Nowotwory podścieliskowe zlokalizowane poza przewodem pokarmowym (EGIST) stanowią poniżej 10% przypadków guzów stromalnych. Szczególnie guzy stromalne wywodzące się z sieci większej znajdują się bardzo rzadko.

Cel: Przedstawienie rzadkiego przypadku guza stromalnego wywodzącego się z sieci większej.

Materiał i metody: 76-letni mężczyzna został przyjęty na oddział chirurgiczny z powodu bólów brzucha, nudności i wymiotów oraz zatrzymanie stolca. Od kilku miesięcy chory miał narastające dolegliwości bólowe i wzdęcia brzucha. W badaniu przedmiotowym powłoki brzuszne były napięte na dużym guzie, zajmującym całe nadbrzusze i śródbrzusze prawe. W tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy stwierdzono obecność olbrzymiej masy patologicznej o wymiarach 19,4 × 19,0 × 16,0 cm w obrębie nadbrzusza i śródbrzusza. Zmiana była dobrze odgraniczona, niejednorodna, lito-płynowa.

Wyniki: Laparotomia ujawniła duży wypełniający prawą połowę jamy brzusznej lito-torbielowaty guz o średnicy ok. 20 cm. Guz wychodził i był unaczyniony z sieci większej oraz nie wykazywał ciągłości ze ścianami narządów sąsiadujących z nim. Badanie histologiczne wykazało guza zbudowanego z komórek wrzecionowatych i epiteloidalnych, pozytywnych dla CD117 i negatywnych dla CD34. Aktywność mitotyczna była 1/50 HPF. Ze względu na jego duży rozmiar, mimo niskiej aktywności mitotycznej guz został sklasyfikowany jako złośliwy EGIST. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia imatinibem. Okres obserwacji chorego bez wznowy choroby wynosi 30 miesięcy.

Wnioski: Zabieg chirurgiczny jest zasadniczym sposobem leczenia nowotworów podścieliskowych. Mimo korzyści z leczenia chirurgicznego u 80–90% pacjentów z guzami stromalnymi występują przerzuty. Złotym standardem w leczeniu metastatycznych guzów stromalnych jest imatinib. Rutynowa pooperacyjna obserwacja pacjentów, którzy przeżyli pierwotne leczenie chirurgiczne, jest rozsądna dla uchwycenia w porę rozszewu choroby.

Słowa kluczowe: nowotwory podścieliskowe zlokalizowane poza przewodem pokarmowym, sieć większa.

ABSTRACT

Introduction: Gastrointestinal stromal tumors are neoplasms originating in the mesenchymal tissue of the digestive tract. Over 90% of gastrointestinal stromal tumors are located in the digestive tract. Extra-gastrointestinal stromal tumors (EGIST) account for less than 10% of all stromal tumors. Particularly those originating in the greater omentum, extra-gastrointestinal stromal tumors are found very rarely.

Purpose: A rare case presentation of a giant stromal tumor originating in the greater omentum.

Material and methods: A 76-year old male patient was admitted to the department of surgery due to abdominal pain, nausea, vomiting and stool arrest. For several months previously, he had experienced the intensifying pain and flatulence. In the physical examination, the abdominal integuments were drawn tight on a large tumor occupied the entire epigastrium and right lumbar abdominal region. The CT examination of the abdominal cavity and pelvis found the presence of a giant pathology measuring 19.4 x 19.0 x 16.0 cm within the epigastrium and lumbar

abdominal region on the right side. The lesion was well separated, non-homogenous, mixed solid and fluid-filled.

Results: Laparotomy revealed a large solid-cystic tumor filling the right-side half of the abdominal cavity and around 20 cm in diameter. It started and was vascularized from the greater omentum and showed no continuity with the walls of the neighboring organs. Histologically, the tumor was composed of spindle and epithelioid cells, and showed positivity for CD117 and negativity for CD34. The mitosis was 1/50 under high power field. Because its large size, despite low mitotic activity tumor was classified as a malignant EGIST. The patient was qualified for treatment with imatinib. The relapse-free patient has been followed up for 30 months now.

Conclusions: Surgical treatment is the fundamental treatment option in stromal tumors. Despite the benefits of surgical intervention for patients with stromal tumors, 80-90% of them experience metastases. The gold standard in treating metastasizing stromal tumors is imatinib. It is reasonable to routinely follow up patients after the primary surgery in order to control the dissemination of the disease in good time.

Key words: extra-gastrointestinal stromal tumor, greater omentum.

V-00095

CZYNNIKI RYZYKA PRZETRWALEJ NIEDOCZYNNOŚCI PRZYTARCZYC I DYSFUNKCJI FAŁDU GŁOSOWEGO U PACJENTÓW PO LECZENIU CHIRURGICZNYM Z POWODU ŁAGODNEJ CHOROBY TARCZYCY

Krzysztof Pragacz¹, Aneta Pragacz²,
Bartłomiej Morawski³, Ireneusz Nawrot⁴

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Staszów

²Poradnia Endokrynologiczna, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Staszów

³Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony, Płock

⁴Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Choroby tarczycy są jedną z najczęściej występujących patologii gruczołów wydzielania wewnętrznego u osób dorosłych. Pomimo postępu w leczeniu zachowawczym, chirurgia tarczycy wciąż odgrywa istotną rolę. Dzięki wdrożeniu nowych metod chirurgicznych zmniejszyła się śmiertelność po operacjach tarczycy, jednak powikłania w postaci niedoczynności przytarczyc i dysfunkcji fałdu głosowego nadal występują i są tematem debat.

Cel: Analiza czynników ryzyka występowania przetrwałej niedoczynności przytarczyc i dysfunkcji fałdu głosowego po operacji tarczycy.

Materiał i metody: Retrospektywna analiza wyników badań 401 pacjentów Poradni Endokrynologicznej po operacjach tarczycy przeprowadzonych w latach 1993–2011. Ocenianymi czynnikami ryzyka dla przetrwałej niedoczynności przytarczyc i dysfunkcji fałdu głosowego były wiek i płeć chorych, rodzaj patologii tarczycy i zakres pierwotnej resekcji tarczycy wykonanej przez chirurga. Wiek chorych (89,8% kobiet i 10,2% mężczyzn) wahał się od 18 do 80 lat, średnio 50,79 ±12,51 roku.

Wyniki: Po leczeniu chirurgicznym tarczycy u 8,5% chorych wystąpiła przetrwała niedoczynność przytarczyc. Trwała jednostronna dysfunkcja fałdu głosowego wystąpiła u 7,2% chorych. Nie stwierdzono trwałej obustronnej dysfunkcji fałdu głosowego lub konieczności wykonania tracheostomii. W analizie regresji logistycznej dla przetrwałej niedoczynności przytarczyc istotnym czynnikiem ryzyka była pierwotna totalna tyreoidektomia (OR = 6,5), a dla dysfunkcji fałdu głosowego istotnymi czynnikami ryzyka były pierwotna totalna tyreoidektomia (OR = 2,4) i nadczynność tarczycy (OR = 2,6). W badaniu nie stwierdzono znamienych statystycznie zależności między wystąpieniem przetrwałych powikłań pooperacyjnych a wiekiem i płcią chorych, wielkością tarczycy oraz obecnością autoimmunologicznej choroby tarczycy.

Wnioski: W tej grupie chorych z łagodną chorobą tarczycy zasięg pierwotnej resekcji tarczycy miał istotny wpływ na występowanie pooperacyjnej przetrwałej niedoczynności przytarczyc i dysfunkcji fałdu głosowego. Trwała dysfunkcja fałdu głosowego była także związana z nadczynnością tarczycy, co wskazuje na konieczność wzmożonej ostrożności u tych pacjentów.

Słowa kluczowe: tyreoidektomia, niedoczynność przytarczyc, uszkodzenie nerwu krtańowego wstecznego, dysfunkcja fałdu głosowego.

ABSTRACT

Introduction: Thyroid diseases are one of the most common endocrine gland pathologies in adults. Despite progress in conservative treatment, thyroid surgery still plays an important role. Post thyroid surgery mortality may have decreased thanks to the implementation of new surgical methods, however postoperative complications in the form of hypoparathyroidism and vocal fold dysfunction still occur and are a topic of debate.

Purpose: Analysis of the risk factors related to the incidence of postoperative persistent hypoparathyroidism and vocal fold dysfunction.

Material and methods: The retrospective analysis focused on 401 patients Endocrinological Outpatient Clinic who underwent thyroidectomies from 1993 to 2011. The rates of persistent hypoparathyroidism and vocal fold dysfunction were evaluated based on age and gender of subjects, thyroid pathology and extent of resection. The patients (89.8% women and 10.2% men) were between 18 and 80 years old (mean 50.79 ±12.51).

Results: Postoperative persistent hypoparathyroidism was found after 8.5% thyroid gland operations. Persistent unilateral vocal fold dysfunction was present in 7.2% of the subjects. No persistent bilateral vocal fold dysfunction was found and neither was the necessity to perform tracheostomy. The significant risk factors for postoperative persistent hypoparathyroidism suggested by multiple logistic regression analysis was total thyroidectomy (OR = 6.5) and for vocal fold dysfunction were hyperthyroidism (OR = 2.6) and total thyroidectomy (OR = 2.4). In this study no statistically significant dependencies were found between persistent postoperative complications and age and gender, thyroid size and the presence of autoimmune thyroid disease.

Conclusions: In this series of patients with benign thyroid disease, extended thyroidectomy had a significant effect on the incidence of postoperative persistent hypoparathyroidism and vocal fold dysfunction. Persistent vocal fold dysfunction was associated with hyperthyroidism, suggesting increased caution in these patients.

Key words: thyroidectomy, hypoparathyroidism, recurrent laryngeal nerve injury, vocal fold dysfunction.

V-00096

UŻYTECZNOŚĆ METODY LAPAROSKOPOWEJ W LECZENIU OPERACYJNYM OSTREGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO – DOŚWIADCZENIA POJEDYNCZEGO OŚRODKA CHIRURGICZNEGO

Krzysztof Pragacz¹, Rafał Kuchciński², Andrzej Zieliński²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Staszów

²Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Kielecki św. Aleksandra, Kielce

STRESZCZENIE

Wstęp: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest najczęstszą przyczyną doraźnych operacji w zakresie jamy brzusznej w Polsce. Korzyści z zastosowania metody laparoskopowej w porównaniu z klasyczną w leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego pozostają niejasne.

Cel: Ocena czasu trwania zabiegu chirurgicznego i hospitalizacji po operacji z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w zależności od użytej techniki operacji.

Materiał i metody: Retrospektywna analiza danych 314 chorych operowanych z powodu klinicznego rozpoznania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w latach 2008–2011. Z badania wykluczono 15 pacjentów, ponieważ informacje o przebiegu leczenia nie były pełne. Ostatecznie analizie poddano dane 299 osób (157 kobiet i 142 mężczyzn) w wieku 18–90 lat.

Wyniki: Operacji z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego metodą laparoskopową i klasyczną poddano odpowiednio 170 i 89 chorych. U 40 osób przeprowadzono operację laparoskopową z konwersją. Czas trwania zabiegu metodą laparoskopową i klasyczną wynosił odpowiednio od 25 do 100 min (średnio 53,4 ±16,1 min) i od 20 do 145 min (średnio 55,4 ±20,2 min). Różnica nie była istotna statystycznie (p = 0,64). Czas hospitalizacji przy operacjach laparoskopowych wynosił od

V

2 do 9 dni (średnio $4 \pm 1,2$ dnia), a przy operacjach przeprowadzonych metodą klasyczną od 2 do 28 dni (średnio $6 \pm 4,2$ dnia). Różnica była istotna statystycznie ($p < 0,0001$).

Wnioski: Metoda laparoskopowa chirurgicznego leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie wymagała dłuższego czasu operacji i wiązała się z krótszym okresem hospitalizacji chorego. W naszej ocenie pozostaje metodą preferowaną w leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dorosłych.

Słowa kluczowe: ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, laparoskopowa appendektomia.

ABSTRACT

Introduction: Acute appendicitis (AA) is the most common reason for urgent abdominal operations in Poland. The advantages of laparoscopic appendectomy (LA) over open appendectomy (OA) for AA are unclear.

Purpose: Assessment of duration of surgery and time of hospitalization for operations for AA with regard to surgical technique used.

Material and methods: A retrospective study the clinical records of 314 patients treated for acute appendicitis from 2008 to 2011. 15 patients were excluded from our analysis, because there was not full informations of courses of treatment. In the end, 299 patients (157 females and 142 males) between 18 and 90 years old were analysed.

Results: AA was treated in 170 patients by LA and in 89 patients by OA. LA to OA conversion was performed in 40 patients. The duration of surgery with LA was from 25 to 100 (mean 53.4 ± 16.1 min) and with OA was from 20 to 145 (mean 55.4 ± 20.2 min). The difference was not statistically significant ($p = 0.64$). The hospitalization time with LA was from 2 to 9 (mean 4 ± 1.2 days) and with OA was from 2 to 28 (mean 6 ± 4.2 days). The difference was statistically significant ($p < 0.0001$).

Conclusions: The LA technique for appendicitis treatment did not require longer time of operation and was associated with shorter hospitalization. In our opinion LA continues to be the preferred operation for acute appendicitis in adults.

Key words: acute appendicitis, laparoscopic appendectomy.

wykonano w trakcie leczenia amputację w zakresie palców stopy i kości śródstopia oraz podudzia. Na podstawie wykonanej oksymetrii przezskórnej zakwalifikowano do leczenia tlenem hiperbarycznym 9 (4,3%) chorych, u których nie zaobserwowano prawidłowej odpowiedzi na podaż 100% tlenu podczas badania; poziom pO_2 nie przekroczył 20 mm Hg. Zabiegi rewaskularyzacyjne wykonano u 9 (4,3%) chorych.

Wnioski: Konsekwentne leczenie wielospecjalistyczne chorych ze stopą cukrzycową, polegające na udziale diabetologa, chirurga ogólnego i naczyniowego, hiperbarii tlenowej, miejscowej terapii podciśnieniem, racjonalnej antybiotykoterapii, nowoczesnych procedur pielęgnacyjnych rany, fizjoterapii i edukacji, pozwala na odroczenie i redukcję odsetka amputacji kończyny.

Słowa kluczowe: stopa cukrzycowa, amputacja.

ABSTRACT

Introduction: Diabetic foot is a set of symptoms – diabetes complications affecting the feet. Blood vessels and nervous system become damaged, with predisposition to soft tissue and bone infections. Such complication is caused by nervous and blood vessel system (perfusion perturbations) and susceptibility to invasive bacterial infections. Such symptoms are observed in 15% of patients with diabetes. Untreated diabetic foot syndrome leads to infected necrosis and consequently to amputations in different range.

Purpose: An outcome evaluation of the multi-specialty treatment of patients with diabetic foot.

Material and methods: Work is based on the material including 210 diabetic foot patients treated in the Centrum Leczenia Oparzeń between 2006 and 2012. All patients underwent multi-specialty treatment with the following schema: metabolic stabilization of diabetes, concomitant diseases treatment, surgical treatment, revascularization procedures, antibiotic therapy, hyperbaric oxygen therapy, topical negative pressure therapy, topical wound treatment, physiotherapy, patient's education, psychological support.

Results: 58 (27.6%) patients showed complete wound healing without any amputation. 84 patients (40%) showed significant improvement in local condition at the wound site, necrotic tissue removal from the wound, wound decontamination, final wound healing by free, split-thickness skin grafting. The 26 patients (12.3%) underwent amputation (fingers, metatarsus bones and shank). Based on transdermal oxymetry 9 patients (4.3%) were qualified for hyperbaric oxygen therapy, without proper respond to 100% oxygen supply during examination; pO_2 level didn't exceed 20 mm Hg. Revascularization was performed in 9 patients (4.3%).

Conclusions: Consequent multi-specialty treatment of diabetic foot patients based on cooperation with diabetologist, general and vascular surgeon, hyperbaric oxygenation, topical negative pressure therapy, rational antibiotic therapy, modern methods of wound care, physiotherapy and education can postpone and reduce the number of limb amputations.

Key words: diabetic foot.

V-00097

ZESPÓŁ STOPY CUKRZYCOWEJ. DYLEMAT CHIRURGA: AMPUTOWAĆ CZY NIE

Marek Kawecki^{1,2}, Piotr Sopolski¹, Mariusz Maj¹, Justyna Glik¹, Mariusz Nowak¹

¹Centrum Leczenia Oparzeń, Siemianowice Śląskie

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała

STRESZCZENIE

Wstęp: Stopa cukrzycowa to zespół zmian chorobowych będących powikłaniami cukrzycy, występujących w obrębie stóp. Do uszkodzenia dochodzi w naczyniach krwionośnych i układzie nerwowym, pojawiają się skłonności do infekcji w obrębie tkanek miękkich i tkanki kostnej. Powikłania występują z powodu uszkodzeń układu nerwowego, układu naczyniowego (zaburzenia ukrwienia) oraz podatności na infekcje bakteryjne. Występują u 15% chorych na cukrzycę. Nieleczony zespół stopy cukrzycowej prowadzi do zakażonej martwicy w obrębie stóp, co skutkuje koniecznością amputacji w różnym zakresie.

Cel: Próba oceny wyników leczenia wielospecjalistycznego chorych ze stopą cukrzycową.

Materiał i metody: Praca opiera się na materiale 210 chorych ze stopą cukrzycową leczonych w Centrum Leczenia Oparzeń w latach 2006–2012. U wszystkich chorych stosowano wielospecjalistyczne leczenie według następującego schematu: wyrównanie metaboliczne cukrzycy, leczenie chorób towarzyszących, leczenie chirurgiczne, zabiegi rewaskularyzacyjne, antybiotykoterapia, hiperbaria tlenowa, miejscowa terapia pod ciśnieniem, miejscowe leczenie rany, fizjoterapia, edukacja chorych i wsparcie psychologiczne.

Wyniki: U 58 (27,6%) chorych stwierdzono całkowite zagojenie się ran bez jakiegokolwiek amputacji. U 84 chorych (40%) obserwowano znaczną poprawę stanu miejscowego, oczyszczenie ran z tkanek martwych, dekontaminację rany, ostateczne wyleczenie rany po zastosowaniu wolnego przeszczepu skóry pośredniej grubości. U 26 chorych (12,3%)

V-00099

ŚRÓDOPERACYJNE DYLEMATY I NIESPODZIANKI KLINICZNE – OPIS PRZYPADKU

Paulina Ślosarek, Maria Turska d'Amico, Jan Strojek, Łukasz Krakowczyk, Andrzej Kamiński

Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Postępowanie chirurgiczne ma zasadnicze znaczenie w leczeniu chorych na nowotwory skóry. Na zaplanowanie i przeprowadzenie radykalnej operacji ma wpływ przede wszystkim zaawansowanie miejscowe, tj. rozległość nacieku, jego lokalizacja oraz rozpoznanie histopatologiczne.

Cel: Celem pracy było przedstawienie przypadku chorego na raka skóry, u którego makroskopowa i radiologiczna rozległość nowotworu nie korelowały ze śródoperacyjną oceną mikroskopową – w związku z tym, czy zawsze można zaplanować zakres zabiegu operacyjnego?

Materiał i metody: Przeanalizowano przypadek 80-letniego chorego, uprzednio leczonego operacyjnie z powodu raka płaskonabłonkowego (usunięcie guza okolicy skroniowej prawej, zaopatrzenie przeszczepem skóry). U chorego 3,5 roku po operacji wystąpiła wznowa w obrębie przeszczepu oraz ognisko raka podstawnomórkowego w okolicy pra-

wego łuku brwiowego. Chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego: usunięcia wznowy raka płaskonabłonkowego i wycięcia ogniska raka podstawnomórkowego.

Wyniki: Leczenie chirurgiczne obejmowało szerokie wycięcie w granicach makroskopowo zdrowych tkanek (margines 2 cm) wznowy raka płaskonabłonkowego sposobem Mohsa. Z uwagi na nacieki raka obecny we wszystkich marginesach zakres resekcji poszerzono trzykrotnie, uzyskując za każdym razem co najmniej jeden margines z obecnością komórek nowotworowych. W porównaniu z pierwotnie zaplanowanym zakresem resekcji zwiększył się prawie 3-krotnie i obejmował obszar od kącika zewnętrznego oka do małżowiny usznej i znaczną część okolicy ciemniowo-skroniowej.

Wnioski: W przypadku leczenia raka płaskonabłonkowego, a szczególnie jego wznowy, w regionie głowy i szyi powinno się stosować technikę Mohsa. Należy jednak liczyć się z koniecznością wykonania znacznie większej resekcji, niż wynikałoby to z przedoperacyjnej oceny makroskopowej.

Słowa kluczowe: rak skóry, rak płaskonabłonkowy, metoda Mohsa.

ABSTRACT

Introduction: Surgery is the main method of treatment for patients with skin cancer. Local advancement (macroscopic size of tumor, localization of tumor and histopathologic diagnosis) is fundamental for planning surgery and radical treatment.

Purpose: The aim of the study was to present the case of a patient with skin cancer where macroscopic and radiological advancement didn't correlate with intraoperative microscopic one – thereupon is it always possible to plan extension of surgery?

Material and methods: The case of an 80 years old man was analyzed. Before patient has been operated on planoepithelial cancer – a tumor of the right temple has been removed and a skin graft has been used. After 3.5 years from this surgery a recurrence in skin graft has been diagnosed. Moreover a basocelulare cancer located in the right superciliary arch has been diagnosed. The patient was qualified for surgery: excision of the skin graft with the recurrence and excision of the basocelulare cancer.

Results: The patient was operated in accordance with the preoperative qualification. A wide excision (using Mohs method) of the planoepithelial recurrence was done (macroscopic margin – 1 cm). Because of neoplastic cells presence in all margins the resection was widened three times, at each time at least one margin was with neoplastic cells. At the end of surgery the area of the cutaneous resection was almost 3 times bigger than the one preoperatively planned – it extended from the exterior eye corner up to the ear auricle and a part of parietal and temporal region.

Conclusions: In surgical treatment of planoepithelial cancer, especially in surgical treatment of recurrence located in the region of head and neck Mohs method should be used. However a larger, than planned preoperatively, resection should be taken into account.

Key words: skin cancer, planoepithelial cancer, Mohs method.

V-00102

PRZECIEKI ZESPOLENIA PO PRZEDNIEJ RESEKCJI ESICY I ODBYTNYCY: WPŁYW OTYŁOŚCI I SPOSOBU ZESPOLENIA

ANASTOMOTIC LEAK AFTER SIGMOID AND ANTERIOR RESECTION: IMPACTS OF OBESITY AND METHOD OF ANASTOMOSIS

Jerzy Piecuch¹, Monika Szrot¹, Maciej Wiewióra¹, Janusz Jopek¹, Wojciech Żurawiński¹, Krystyn Sosada¹, Szymon Haza², Albert Krzak²

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

²Studenckie Koło Naukowe, Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Nieszczelność zespolenia jest jednym z najczęstszych ciężkich powikłań po resekcji esicy i odbytnicy.

Cel: Celem pracy jest analiza objawowych przetok w miejscu zespolenia po zabiegach przedniego wycięcia odbytnicy i esicy z powodu raka. Autorzy oceniali wpływ otyłości oraz techniki wykonania zespolenia na częstość wystąpienia nieszczelności jelitowych.

Materiał i metody: Analizie retrospektywnej poddano kolejnych 227 chorych z guzami nowotworowymi odbytnicy i esicy. Z badania zostali wyłączeni chorzy, u których wykonano zabiegi brzuszno-kroczowego wycięcia odbytnicy lub operację sposobem Hartmanna. Ostatecznie do badań włączono 180 chorych, u których wykonano zabiegi przedniego wycięcia odbytnicy i esicy. Chorzy zostali podzieleni na 2 grupy w zależności od techniki wykonania zespolenia jelitowego (I grupa) oraz BMI (II grupa). Obie grupy podzielono na 3 podgrupy. W I grupie u 149 chorych wykonano zespolenia okrężniczo-odbytnicze za pomocą staplera – podgrupa I/1, u 15 chorych wykonano zespolenia z użyciem pierścienia wchłaniającego Valtrac Bar – podgrupa I/2, a u 16 chorych zespolono jelito ręcznie – podgrupa I/3. W II grupie u 66 chorych stwierdzono prawidłową masę ciała (BMI < 25) – podgrupa II/1, u 74 chorych stwierdzono nadwagę (BMI 25–30) – podgrupa II/2, a 40 chorych było otyłych (BMI ≥ 30) – podgrupa II/3.

Wyniki: Objawowe przetoki w zespoleniach jelitowych stwierdzono u 6 chorych (3,33%). W grupie I wszystkie nieszczelności jelitowe wystąpiły u chorych z podgrupy I/1 (4,03%). W grupie II stwierdzono 2 (3,03%) przetoki w podgrupie II/1, 3 przetoki (4,05%) w podgrupie II/2 i jedną (2,5%) przetokę w podgrupie II/3. Różnice pomiędzy podgrupami nie były znamienne statystycznie, odpowiednio $p = 0,52430$ w grupie I i $p = 0,89391$ w grupie II.

Wnioski: Częstość pooperacyjnych powikłań chirurgicznych po przednich resekcjach odbytnicy i esicy z powodu raka nie jest zbyt wysoka i jest dopuszczalna. Z przedstawionych powyżej danych wynika, że na wystąpienie nieszczelności jelitowych w miejscu zespolenia nie mają wpływu otyłość ani technika wykonania zespolenia.

Słowa kluczowe: przeciek zespolenia, resekcja esicy, resekcja odbytnicy.

ABSTRACT

Introduction: Anastomotic leak is one of the most common serious complications after sigmoid and rectal resection.

Purpose: The aim of the study was to analyze the symptomatic anastomotic leak after sigmoid and anterior resection for cancer. We evaluated the effects of obesity on anastomotic leak and their relationship to the anastomosis method.

Material and methods: We analyzed retrospectively a series of 227 consecutive patients with sigmoid and rectal cancer. Those requiring abdomino-perineal or Hartmann resection were not evaluated. Finally, the study included 180 patients after elective anterior resection. The patients were divided into two groups according to the method of anastomosis (I group) and BMI (II group). Both groups were divided into three subgroups. The anastomosis type including: I/1. stapling anastomosis (149 patients); I/2. Valtrac Bar anastomosis (15 patients); I/3. hand anastomosis (16 patients). BMI subgroups including: I/1. BMI < 25 (66 patients); II/2. BMI 25-30 (74 patients); III/3. BMI ≥ 30 (40 patients).

Results: The anastomotic leak was found in 6 (3.33%) patients. There were six leaked (4.03%) from group I/1; two leaked (3.03) from group II/1; three leaked (4.05) from group II/2 and one (2.5%) from group II/3. The differences between the subgroups were not significant, respectively $p = 0.52430$ in group I and $p = 0.89391$ in group II.

Conclusions: The incidence of postoperative surgical complications after anterior resection for cancer is not high and remains on an acceptable level. Our data suggest that the anastomosis leak after sigmoid and rectal anastomosis are independent of obesity and the type of anastomosis.

Key words: anastomotic leak, sigmoid resection, rectal resection.



V-00112

WYKORZYSTANIE DIAGNOSTYKI LASER-DOPPLEROWSKIEJ W ŚRÓDOPERACYJNEJ NEURONAWIGACJI PODCZAS SYMPATEKTOMII ŁĘDŹWIOWEJ

THE USE OF LASER-DOPPLER DIAGNOSTICS AS A FORM OF INTRAOPERATIVE NEURONAVIGATION DURING ENDOSCOPIC LUMBAR SYMPATHECTOMY

Tomasz Stefaniak, Dariusz Łaski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Sympatektomia lędźwiowa jest uznaną metodą leczenia zaburzeń naczyniowych oraz nadpotliwości pierwotnej o dominancie podeszwowej. Ze względu na charakter leczenia operacyjnego związany przede wszystkim z polepszeniem jakości życia wydaje się zasadne dążenie do minimalizacji dostępu operacyjnego przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa i skuteczności operacji. Z drugiej strony stosowany w naszym ośrodku dostęp tylny do przestrzeni zaotrzewnowej jest trudny pod względem technicznym i anatomicznym. W tym zakresie pożądane jest wsparcie identyfikacji pnia współczulnego za pomocą pomiaru laser-dopplerowskiego przepływu w zakresie stóp.

Cel: Celem pracy była ocena możliwości wykorzystania pomiaru laser-dopplerowskiego celem potwierdzenia właściwej identyfikacji oraz poziomu przecięcia pnia współczulnego.

Materiał i metody: Badaniem objęto 5 pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w okresie od stycznia do maja 2013 r. U wszystkich chorych wykonywano zabieg jednostronnej sympatektomii lędźwiowej z dostępu tylnego.

Wyniki: Czas operacji wynosił średnio 45 minut (w przedziale od 35 do 60 minut). We wszystkich przypadkach obserwowano wzrost przepływu w wyniku intubacji, następnie spadek i stabilizację pomiarów. Po przecięciu pnia współczulnego we wszystkich wypadkach doszło do wzrostu przepływu w ciągu pierwszych 3 minut (średnio o 54%). Nie obserwowano wzrostu przepływu bez przecięcia nerwu po przecięciu innych struktur (ścięgno, naczynie krwionośne). Wstępnie (ze względu na wielkość próby) oszacowano czułość metody na 83%, zaś jej swoistość na 100%.

Wnioski: Monitoring laser-dopplerowski stanowi bardzo dobre narzędzie potwierdzające prawidłowe wykonanie sympatektomii lędźwiowej. Ze względu na niewielką grupę badaną wskazane jest dalsze prowadzenie projektu.

Słowa kluczowe: sympatektomia, retroperitoneoskopia.

ABSTRACT

Introduction: Lumbar sympathectomy is considered an approved method of treatment vascular disturbances and primary hyperhidrosis (PHH) with plantar predominance. Due to the fact that the treatment concerning PHH is mostly associated with attempt to improve the quality of life, it is essential to tend towards the minimalization of surgical approach with maximal safety and efficacy of the procedure. On the other hand, the posterior endoscopic approach used in our department, is associated with significant technical and anatomic difficulties. In this perspective it is beneficial to support the identification of lumbar sympathetic trunk by the laser-doppler confirmation of increased capillary flow within feet.

Purpose: The aim of the study was to evaluate the applicability of laser-doppler measurement in confirmation of identification of the lumbar sympathetic trunk and the level of the interruption of the trunk.

Material and methods: The study included 5 patients operated on in the Department of General, Endocrine and Transplant Surgery, Medical University of Gdansk in period between January and May 2013. All the patients were treated with unilateral lumbar sympathectomy from posterior approach.

Results: The mean operation time was 45 minutes (range: 35-60 minutes). In all cases an increase in the capillary flow within the operated foot was observed after the intubation, followed by decrease and stabilization of the measurement. After the interruption of the sympathetic trunk, in all cases there was a significant increase of the capillary flow within first 3 minutes (on average by 54%). There was no false positive

increases (after cutting the tendon or vascular structures). Initially (due to the small size of the sample), the sensitivity of the method has been calculated as 83% and specificity 100%.

Conclusions: Laser-doppler capillary monitoring may be a very good supplementary tool supporting diagnosis and performance of lumbar sympathectomy. It is recommended to continue the study in order to obtain a larger sample.

Key words: lumbar sympathectomy.

V-00116

PROBLEM ZGORZELI GAZOWEJ NA ODDZIALE CHIRURGII

Dariusz Cepowicz, Konrad Zaręba, Zbigniew Kamocki, Łukasz Gabiec, Bogusław Kędra

II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Zgorzel gazowa jest to zakażenie mięśni, tkanki podskórnej i skóry wywoływane przez drobnoustroje beztlenowe z rodzaju *Clostridium*. Zakażenie charakteryzuje się szybko postępującym pogorszeniem stanu ogólnego (wstrząs septyczny) przy miernie wyrażonych objawach miejscowych (trzeszczenie tkanek).

Cel: Analiza występowania zgorzeli gazowej oraz sposobu i wyników leczenia w materiale II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej UMB w latach 2008–2011.

Materiał i metody: Analizie poddano 8 (2 kobiety i 6 mężczyzn) pacjentów hospitalizowanych w ramach ostrego dyżuru chirurgicznego z powodu zgorzeli gazowej w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Białymstoku. Przeanalizowano lokalizację zmian, występowanie chorób współistniejących, przebieg choroby oraz obecność alkoholizmu.

Wyniki: U 3 chorych stwierdzono zgorzel zlokalizowaną na pośladku, u 2 kolejnych zmiana dotyczyła uda. W 3 kolejnych przypadkach zmiany dotyczyły podudzia, ręki oraz podbrzusza. W 2 przypadkach stwierdzono występowanie nieunormowanej cukrzycy, u jednego chorego stwierdzono upośledzenie dużego stopnia, w jednym przypadku wystąpiło jatrogenne działanie leków, w 4 przypadkach pacjenci nadużywali alkoholu. W jednym przypadku nie stwierdzono istotnych czynników predysponujących do wystąpienia zgorzeli. Stwierdzono szybkie postępowanie zakażenia. U wszystkich chorych wdrożono antybiotykoterapię szeroko-wachlarzową, rany zostały zaopatrzone w ramach bloku operacyjnego. Pacjentów następnie przekazano do dalszego leczenia w Ośrodku Medycyny Hiperbarycznej. Wszyscy chorzy po leczeniu zostali wypisani w stanie miejscowym i ogólnym dobrym do domu.

Wnioski: Szybkie rozpoznanie i wdrożenie prawidłowego postępowania daje chorym szansę na przeżycie. Konieczne jest szybkie szerokie opracowanie rany i antybiotykoterapia poprzedzająca leczenie w komorze hiperbarycznej.

Słowa kluczowe: zgorzel gazowa.

ABSTRACT

Introduction: Gas gangrene is infection of muscles, subcutaneous tissue and skin by non oxygen microorganism *Clostridium*. The infection course has very fast progress of deterioration of general condition (with little local symptoms: tissue creaking).

Purpose: Analise of cases of gas gangrene in 2nd Department of Gastroenterological Surgery in Białystok.

Material and methods: 8 patients were hospitalized in 2nd Department of Gastroenterological Surgery in Białystok from 2008 to 2011; focuses on course, coexistence disease.

Results: In 3 cases gas gangrene was located on buttock, another three on thigh; another localization was: shank, arm and underbelly, Coexistence disease was almost in every case: 2 patients had diabetes, 1 patient was after medical cure, 4 patients had alcoholic disease and 1 patient with mental handicap. In all cases observes very fast progress of disease. After medical treatment all patients were referred to Hiperbaric Medical Center. After the cure all patient in good local and general condition were resign.

Conclusions: Fast diagnosis and treatment give patients a chance to survive. Rapidly dressing and pharmacotherapy is necessary before hyperbaric treatment.

Key words: gas gangrene.

V-00118

PRZYPADEK WSPÓŁISTNIENIA ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA I CHOROBY MÉNÉTRIERA

Roman Bandurski¹, Konrad Zaręba¹, Anna Pryczynicz², Dariusz Cepowicz¹, Mariusz Gryko¹

¹II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Zakład Patomorfologii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Choroba Ménériera jest bardzo rzadką przerostową gastropatią żołądka o niejasnej etiologii. Udokumentowano ponad 50 przypadków współistnienia choroby Ménériera ze zmianami nowotworowymi żołądka. Ryzyko powstania zmiany złośliwej w chorobie Ménériera określono w 1961 r. na 6–10%.

Cel: Opis własnego przypadku.

Materiał i metody: Autorzy przedstawiają przypadek leczonego operacyjnie mężczyzny, lat 51, z chorobą Ménériera i zaawansowanym gruczolakorakiem żołądka naciekającym ogon trzustki.

Wyniki: Chorobę Ménériera rozpoznano w badaniu pooperacyjnym. Nie wykryto infekcji *Helicobacter pylori*. Wykonano całkowitą gastrektomię z limfadenektomią > D2, splenektomią i resekcją ogona trzustki. Ciągłość przewodu pokarmowego odtworzono metodą *double tract reconstruction* (DTR). Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjent pozostaje w obserwacji klinicznej.

Wnioski: Autorzy przedstawiają powyższy przypadek ze względu na jego unikalność.

Słowa kluczowe: choroba Ménériera, rak żołądka.

ABSTRACT

Introduction: Ménérier disease is a very seldom disorder in which the gastric mucosal folds are enlarged, with unknown etiology. Only 50 cases of the coexistence of Ménérier disease and gastric cancer are reported in literature. However it is still unsure if it can be classify to pre-cancerous conditions. In 1961 carcinogenic risk range of 6-10% was defined.

Purpose: Case report.

Material and methods: The authors wish to present a case of 51 year old patient who has been operated for gastric cancer infiltrating tail of pancreas (pT3N2M-, Lauren I, Gosecki I, HER-2 minus). The Ménérier disease was found in postoperative examination. No sign of *Helicobacter pylori* was found.

Results: Total gastrectomy with lymphadenectomy > D2 and resection of the tail of pancreas has been performed. Double tract reconstruction has been made to restore continuity of digestive tract. No postoperative complications were observed. Patient still stays under clinical follow-up.

Conclusions: Authors present this case due to the unusual coexistence of Ménérier disease and gastric cancer.

Key words: Ménérier's disease, gastric cancer.

V-00119

LECZENIE CHIRURGICZNE RAKA SUTKA W WIEKU PODESZŁYM

Jacek Szabliński, Wojciech Milanowski, Robert Gajewski, Arkadiusz Lepszy

Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital im. J. Śniadeckiego, Nowy Sącz

STRESZCZENIE

Wstęp: Według różnych doniesień wśród pacjentek z rozpoznaniem rakiem sutka 30–40% stanowią chore, które ukończyły już 65 lat, współ-

czynnik zapadalności na raka sutka rośnie z wiekiem, a co za tym idzie – wiele z pacjentek trafiających do Poradni Chirurgii Onkologicznej jest już w wieku podeszłym. Zalecenia *International Society of Geriatric Oncology* (ISGO) jednoznacznie nakazują stosowanie jednakowych schematów dotyczących algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego w raku sutka u kobiet w każdym wieku.

Cel: Przyczyn gorszych wyników leczenia onkologicznego u pacjentek geriatrycznych upatruje się w tendencji do bardziej zachowawczej strategii postępowania, w tym operacyjnej, co skutkuje wykonywaniem procedur mniej radykalnych miejscowo, a co za tym idzie – gorszymi wynikami leczenia.

Materiał i metody: W ciągu pierwszych 4 miesięcy funkcjonowania naszego oddziału hospitalizowano łącznie 66 pacjentek z nowotworami sutka. Spośród nich do leczenia operacyjnego zakwalifikowano 54 chore. Analizowano wyniki leczenia 7 pacjentek po 65. roku życia, co stanowiło 13% operowanych. Średnia wieku analizowanej grupy to 74,2 roku (65–88 lat). Wykonano łącznie 5 mastektomii sposobem Maddena, u 2 pacjentek wykonano wycięcie kwadrantu piersi.

Wyniki: W okresie pooperacyjnym nie stwierdzono zgonów. W jednym przypadku doszło do powikłań miejscowych związanych z infekcją rany, u 2 chorych utrzymywał się przedłużony drenaż chłonki. Powikłania sercowo-płucne obserwowano u 2 chorych. Okres hospitalizacji pooperacyjnej to średnio 6,8 dnia, u pacjentek w młodszym wieku – 3,2.

Wnioski: Podeszły wiek nie powinien stanowić czynnika ograniczającego zakres wykonywanego zabiegu w chirurgicznym leczeniu raka sutka. Przedłużona hospitalizacja, utrudnione gojenie, trudności z rehabilitacją czy zaburzenia natury psychologicznej związane z wiekiem nie pogarszają wyników leczenia onkologicznego. Autorzy uważają, że chora, która została przygotowana, a następnie zakwalifikowana internistycznie i anestetycznie do operacji z powodu raka sutka, powinna mieć wykonaną procedurę zgodną z zaleceniami, a sam wiek chorej nie może stanowić czynnika ograniczającego zakres wykonywanego zabiegu.

Słowa kluczowe: rak sutka, geriatryka, leczenie chirurgiczne, wiek podeszły, rak sutka.

ABSTRACT

Introduction: According to various reports 30-40% of patients diagnosed with breast cancer are more than 65 years of age. The incidence of breast cancer increases with age, and thus many of the patients brought to the Outpatient Surgical Oncology Clinic are elderly. Guidelines of the International Society of Geriatric Oncology (ISGO) explicitly recommend the use of identical algorithm for diagnosis and management of breast cancer in women of all age groups.

Purpose: It has been suggested that management of elderly patients with breast cancer tends to be more conservative, including less extensive surgeries. Such approach may results in worse outcomes.

Material and methods: Within the first 4 months since the opening of our Department total of 66 patients with breast cancer were hospitalized. Among them 54 patients were qualified for surgery. For the purpose of this paper we have analyzed a group of n = 7 patients over 65 years of age accounting for 13% of all operated patients. The average age of the analyzed group was 74.2 (65-88 years) Out of total number of 7 surgeries, Madden mastectomy accounted for 5 operations, quadrantectomy for 2.

Results: There were no deaths in the postoperative period. One patient developed local complications associated with wound infection and 2 patients developed prolonged lymph drainage. Cardio-pulmonary complications were observed in 2 patients. The average postoperative hospitalization period was 6.8 days, and 3.2 in younger patients.

Conclusions: Patient's old age should not be a factor limiting the extent of the operation in the surgical treatment of breast cancer. Prolonged hospitalization, impaired healing, difficulty in rehabilitation, and psychological disorders associated with advanced age do not worsen the final outcome of cancer treatment. The authors believe that patient, who was appropriately prepared for the surgery and declared as fit from medical and anesthetic point of view, should be offered surgical treatment according to current guidelines, and the patient's age may not be a factor limiting the scope of the performed surgery.

Key words: breast cancer, surgical treatment, old age.

V

V-00120

LECZENIE CHIRURGICZNE POWIKŁANYCH NOWOTWORÓW PRZEWODU POKARMOWEGO W WIEKU PODESZŁYM

Jacek Szabliński, Wojciech Milanowski, Arkadiusz Lepczyński, Robert Gajewski

Oddział Chirurgii Onkologicznej, Szpital im. J. Śniadeckiego, Nowy Sącz

STRESZCZENIE

Wstęp: Wiek pacjenta jest niewątpliwie jednym z głównych czynników warunkujących bliskie wyniki leczenia operacyjnego. Z tego względu pacjenci w wieku podeszłym są szczególnie narażeni na niekorzystny przebieg pooperacyjny, a co za tym idzie – występuje u nich zwiększone ryzyko zgonu bezpośredniego po zabiegu. W przypadku niepowikłanych nowotworów w zakresie jamy brzusznej u pacjentów geriatrycznych po oszacowaniu ryzyka związanego z samym zabiegiem operacyjnym nie jest podejmowane leczenie operacyjne, chorzy prowadzeni są objawowo, a sam proces nowotworowy niejednokrotnie nie jest bezpośrednią przyczyną zgonu pacjenta.

Cel: Zdecydowanie inna jest sytuacja wystąpienia powikłań procesu nowotworowego wynikających z obecności masy guza w zakresie przewodu pokarmowego, w sytuacji narastających objawów niedrożności przewodu pokarmowego czy żółtaczki chorzy kwalifikowani są ze wskazań życiowych do leczenia operacyjnego.

Materiał i metody: W nowo otwartym Oddziale Chirurgii Onkologicznej w pierwszych 4 miesiącach funkcjonowania oddziału hospitalizowano łącznie 278 pacjentów. Wśród nich 58 to pacjenci w wieku powyżej 65 lat z nowotworami przewodu pokarmowego; 32 kobiety i 26 mężczyzn (średnia wieku 75,9 roku; min. – 65, maks. – 90). Kwalifikowani do leczenia operacyjnego ze wskazań życiowych. Najczęstszymi wskazaniami do zabiegu operacyjnego były: niska niedrożność przewodu pokarmowego w przebiegu raka jelita grubego – 11, wysoka niedrożność przewodu pokarmowego z narastającą żółtaczką w przebiegu raka głowy trzustki – 14, rak żołądka – 2.

Wyniki: W przebiegu pooperacyjnym obserwowano w 8 przypadkach powikłania sercowo-płucne, w 6 przypadkach przedłużającą się niedrożność pooperacyjną, w 7 przypadkach powikłania miejscowe związane z ropieniem i przedłużonym gojeniem rany. Zgony do 30 dni od zabiegu operacyjnego – 4 chorych.

Wnioski: Powyższe wyniki pokazują, że wiek pacjenta nie może być podstawowym czynnikiem dyskwalifikującym z leczenia operacyjnego. Pacjenci w wieku podeszłym po odpowiednim przygotowaniu mogą być leczeni operacyjnie z dobrym skutkiem. Warunkiem powodzenia jest odpowiednie przygotowanie do zabiegu operacyjnego i bardziej zachowawcze podejście do rozległości zabiegu.

Słowa kluczowe: powikłania nowotworów, wiek podeszły, nowotwory, chirurgiczne leczenie powikłanych nowotworów przewodu pokarmowego.

ABSTRACT

Introduction: Age of the patient is undoubtedly one of the main determinants of the immediate outcome of surgical treatment. Therefore, elderly patients are particularly vulnerable to postoperative complications and thus an increased risk of mortality. In the case of uncomplicated tumors of the abdominal cavity in elderly patients, surgical management is not undertaken following the assessment of surgical risk. Patients are managed symptomatically and the cancer is often not the direct cause of death of the patient.

Purpose: There is a significant difference in management of cases with complications caused by the presence of gastrointestinal tumor. In case of worsening signs of gastrointestinal obstruction or jaundice, patients are qualified for surgical management for life saving reasons.

Material and methods: Within the first four months since the opening of new Department of Surgical Oncology total of 278 patients were hospitalized. Within this group there were 58 patients aged over 65 years with complex gastrointestinal cancers, who were qualified for surgical management for life saving reasons: 32 women and 26 men (mean age 75.9, min – 65, max – 90).

Results: In postoperative period in 8 of patients developed cardio-pulmonary complications, 6 cases of prolonged postoperative ileus, and 7 cases of local complications associated with abscess and prolonged wound healing. There was 14.8% mortality rate within 30 days after surgery.

Conclusions: These results demonstrate that the age of the patient may not be the primary factor disqualifying from the surgery. Elderly patients can be treated surgically with good results following appropriate preoperative preparation. The success rate on the one hand depends on adequate preparation for the surgery and on the other hand on relevant intraoperative assessment of the situation with a more conservative approach to surgery without taking unnecessary risks.

Key words: surgical treatment of complicated gastrointestinal cancers.

V-00124

ZROPIAŁA PRZETOKA ODBYTNICZA POWIKŁANA ODLEŻYNAMI POŚLADKÓW LECZONA SYSTEMEM PODCIŚNIENIOWEGO LECZENIA RAN – OPIS PRZYPADKU

Piotr Trzeciak¹, Paweł Bromblik¹, Wojciech Falek¹, Marcin Pólkowski², Andrzej Zając³

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

²JW 4938

³Oddział Chorób Wewnętrznych II, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Przetoka okołoodbytnicza jest najrzadziej spotykanym schorzeniem proktologicznym. W większości przypadków przyczyna powstania przetoki jest nieznana. Przetoki okołoodbytnicze powstają najczęściej w 4. dekadzie życia, częściej występują u mężczyzn. Odleżyna to uszkodzenie skóry i tkanek leżących pod nią aż do kości. Przyczyną powstania odleżyn jest długotrwały ucisk powodujący niedotlenienie tkanek. System podciśnieniowego leczenia ran (NPWT) to innowacyjna metoda terapeutyczna. Doskonale wpisuje się w strategię TIME i zyskuje coraz szersze uznanie.

Cel: Ocena efektu leczenia zropiałej przetoki okołoodbytniczej powikłanej odleżynami pośladków u 78-letniego pacjenta.

Materiał i metody: W pracy przedstawiono przypadek 78-letniego mężczyzny leczonego na oddziale chirurgii ogólnej i oddziale chorób wewnętrznych. W wywiadzie: cukrzyca insulinoniezależna z powikłaniami naczyniowymi, nadciśnienie tętnicze, stan po kilku udarach mózgu ze skuteczną rehabilitacją ruchową. Leczenie pacjenta przebiegło kilkukrotnie w zespole internistyczno-chirurgicznym.

Wyniki: Zaleczenie powikłanych ran okolicy odbytowej.

Wnioski: Systemy podciśnieniowego leczenia ran mogą mieć zastosowanie w leczeniu powikłanych ran okolicy odbytu. Leczenie wieloetapowe pozwala skrócić całkowity czas hospitalizacji i zmniejsza koszty leczenia.

Słowa kluczowe: przetoka okołoodbytnicza, odleżyna, system podciśnieniowego leczenia ran, opatrunk.

ABSTRACT

Introduction: Rectal fistula is the least common proctological disorder. In most cases, the cause of the formation of a fistula is unknown. Perianal fistula arise mostly in the 4th Decade of life, are more likely to occur in men. Decubitus ulcer is a damage to the skin and the tissue beneath it symbols coming down to the bone. The cause of formation of bedsores is long lasting oppression that causes tissue hypoxia. The negative pressure wound therapy (NPWT) it's a innovative method of treatment. It perfectly executes TIME strategy and recently receive a recognition.

Purpose: Evaluation of the treatment effect of infected rectal fistula tangled with pressure ulcer on buttocks with 78 year old patient.

Material and methods: We describe a case of 78 year old man treated in general surgery and internal illnesses Ward. In an interview with type I diabetes with vascular complications, high blood pressure, the condition after a few strokes of the brain with effective rehabilitation and fine motor skills. The patient's treatment went through several stages.

Results: Cure of the entangled anorectal area wounds.

Conclusions: Negative pressure wound therapy systems may be applicable for the treatment of entangled wounds in the anorectal area. Multi-step treatment allows you to shorten the total time of hospitalization and reduces treatment costs.

Key words: rectal fistula, decubitus, negative pressure wound therapy, dressing.

V-00125

WCZESNE ZABURZENIA FUNKCJI WĄTROBY U CHORYCH ŻYWIONYCH POZAJELITOWO**Marek Olewiński, Maciej Słodkowski, Ireneusz Wojciech Krasnodębski, Shaker Alseifi, Łukasz Wysocki**

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Całkowite żywienie pozajelitowe jest uznaną metodą sztucznego odżywiania chorych na całym świecie. Polega ono na podaży dożyłnej wszystkich niezbędnych substratów odżywczych, czyli aminokwasów, glukozy, tłuszczu, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych oraz wody. Obecnie towarzystwa naukowe formułują zalecenia, których przestrzeganie zwiększa bezpieczeństwo stosowania CŻP. Rygorystyczne stosowanie się do wytycznych nie chroni jednak przed pojawianiem się nowych powikłań. Ciężkie uszkodzenie wątroby we wczesnym okresie stosowania CŻP jest powikłaniem metabolicznym, które nie zostało do tej pory opisane. Powikłanie to wystąpiło u chorej leczzonej w naszym ośrodku i wpłynęło na opracowanie założeń oraz metodyki retrospektywnego badania czynników ryzyka wczesnych zaburzeń czynności wątroby wśród chorych otrzymujących całkowite żywienie pozajelitowe. W pracy własnej stwierdzono, że biochemiczne cechy cholestazy zwiększają prawdopodobieństwo zaburzeń funkcji wątroby we wczesnym okresie całkowitego żywienia pozajelitowego. Wystąpienie powyższych zaburzeń prawdopodobnie uzależnione jest również od nasilenia stanu zapalnego.

Cel: 1. Ocena częstości występowania wczesnych zaburzeń czynności wątroby u chorych żywionych pozajelitowo. 2. Wskazanie czynników ryzyka wystąpienia tego powikłania. 3. Określenie wskazań do modyfikacji mieszaniny odżywczej we wczesnym okresie żywienia pozajelitowego.

Materiał i metody: Praca retrospektywna, przeprowadzona w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM.

Wyniki: Analizę przeprowadzono na grupie 60 chorych.

Wnioski: 1. CŻP może być przyczyną rozwoju wczesnych zaburzeń czynności wątroby oraz ciężkiego uszkodzenia wątroby. 2. Rozpoznanie wczesnych zaburzeń czynności wątroby opiera się na ocenie zmian aktywności enzymów wątrobowych. 3. Cholestaza stwierdzona przed rozpoczęciem CŻP sprzyja wystąpieniu wczesnych zaburzeń czynności wątroby. 4. Niejasny jest wpływ stanu zapalnego na wystąpienie wczesnych zaburzeń czynności wątroby w trakcie CŻP. 5. Wstrzymanie CŻP lub ograniczenie dowozu energii niebiałkowej prowadzi do ustąpienia wczesnych zaburzeń czynności wątroby.

Słowa kluczowe: całkowite żywienie pozajelitowe, wczesne powikłania całkowitego żywienia pozajelitowego, zaburzenia funkcji wątroby, czynniki ryzyka zaburzeń funkcji wątroby.

ABSTRACT

Introduction: Total parenteral nutrition is a worldwide accredited method of artificial nutrition. It consists of a simultaneous intravenous infusion of all nutrition elements: amino acids, glucose, lipids, electrolytes, vitamins, trace elements and water. Today different societies define recommendations to increase the safety of TPN. However, even strict following of these guidelines does not prevent new complications. Severe liver dysfunction in the first days of TPN is a metabolic complication that has not yet been described in literature. Such a complication developed in one patient treated in our clinic and it became an incentive for us to design a retrospective study on risk factors of early hepatic dysfunction during total parenteral nutrition. Our study showed that biochemical attributes of cholestasis increase the probability of hepatic dysfunction during the first days of total parenteral nutrition. The occurrence of these complications is probably related to the inflammation intensity.

Purpose: 1. Assessment of early liver dysfunction during total parenteral nutrition. 2. Assignment of risk factors of this complication. 3. Analysis of indications to modify TPN in the early phase of nutrition.

Material and methods: Retrospective study conducted in Clinic of General, Gastroenterologic and Oncologic Surgery in WUM.

Results: The analysis was made on a group of 60 patients.

Conclusions: 1. TPN can lead to early liver dysfunction and cause severe liver injury. 2. The diagnosis of early liver dysfunction is based on changes in enzymatic activity. 3. Cholestasis prior to TPN is related to

a higher risk of complications. 4. The role of inflammation is unclear. 5. Exclusion or reduction of TPN resolves early liver dysfunction.

Key words: total parenteral nutrition, early complications of total parenteral nutrition, liver dysfunction, risk factors of liver dysfunction.

V-00127

WYSOKI POZIOM CYTOKIN I CHEMOKIN PŁYNU MIĘDZYKOMÓRKOWEGO SKÓRY ODZWIERCIEDLA ICH UDZIAŁ W PROCESACH GOJENIA RAN**Marzanna Zaleska, Waldemar Olszewski**

Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN

STRESZCZENIE

Wstęp: Procesy komórkowe metabolizmu, proliferacji, różnicowania, starzenia się oraz apoptoza są regulowane cytokinami, chemokinami, czynnikami wzrostu, enzymami i neuroprzekaznikami obecnymi w płynie tkankowym i limfie. Znajomość ich stężenia i aktywności mogą dać wgląd w komórkowe i śródmiąższowe procesy tkanki.

Cel: Zbadanie stężenia cytokin w płynie tkankowym skóry regulujących gojenie ran.

Materiał i metody: Dwadzieścia losowo wybranych zdrowych osób (w wieku 24–46 lat) bez ogólnoustrojowej lub miejscowej choroby kończyn dolnych. Wykonano kaniulację naczynia chłonnego kończyny. Próbkę chłonna były zbierane w odstępach 12-godzinnych. Stężenia cytokin i chemokin mierzono w immunometrycznych testach enzymatycznych (Quantikine, R&D Systems, Abingdon, UK).

Wyniki: Całkowite stężenie białka w limfie i surowicy wyniosły 1,66 ± 0,14 g/dl, 7,30 ± 0,1 g/dl (stosunek limfa/surowica 0,22 ± 0,1). Stosunek stężenia limfy do surowicy (l/s) był o 3,1 dla IL-1β, 3,9 dla IL-6, TNF-α 1,9, IL-15 5,0, IL-8 10,0 i 1,1 dla IL-1Ra, ale tylko do 0,29 dla IL-12, IL-10 0,4 i 0,004 dla TGF (p < 0,05). L/S chemokin i enzymów substancji podstawowej wynosił 3,4 dla MIP 1α, 3,0 dla CCL21, 2,5 dla TIMP1, 3,5 dla TIMP2, 1,0 dla MCP1 i poniżej 1 dla MMP9 (0,33) i CCL27 (0,28) (p < 0,05).

Wnioski: Wysokie poziomy cytokin nie są jedynie następstwem filtracji kapilarnej z krwi. Keratynocyty, fibroblasty i komórki śródbłonna są głównym producentem cytokin regulujących komórkowe procesy gojenia ran.

Słowa kluczowe: cytokiny.

ABSTRACT

Introduction: Tissue cell metabolic processes, proliferation, differentiation, senescence and apoptosis are regulated by a plethora of cytokines, chemokines, growth factors, enzymes and neurotransmitters present in tissue fluid and lymph. Knowledge of their concentration and activity can give insight into cellular and interstitial processes of the tissue.

Purpose: To identify and measure the concentration of cytokines in skin tissue fluid.

Material and methods: Twenty randomly selected healthy individuals (ages 24–46 years) without any history of systemic or local disease of lower limbs undergoing voluntary studies of lymph lipids or antibiotic penetration were selected. A leg lymphatic lying on the fascia was exposed under the operating microscope and was cannulated in a retrograde manner. Lymph samples were taken at 12-hour intervals. Concentrations of cytokines and chemokines were measured by enzyme immunometric assays (Quantikine; R&D Systems, Abingdon, UK).

Results: Total protein concentration was in lymph and serum 1.66 ± 0.14 g/dl and 7.30 ± 0.1 g/dl, respectively (L:S ratio 0.22 ± 0.1). The cytokine lymph to serum ratio (L/S) was for IL-1β 3.1, IL-6 3.9, TNF-α 1.9, IL-15 5.0, IL-8 10.0 and 1.1 for IL-1Ra, but only 0.29 for IL-12, 0.4 for IL-10 and 0.004 for TGF (p < 0.05). The chemokine and matrix enzyme L/S was 3.4 for MIP 1α, 3.0 for CCL21, 2.5 for TIMP1, 3.5 for TIMP2 and 1.0 for MCP1 and below 1 for MMP9 (0.33) and CCL27 (0.28) (p < 0.05).

Conclusions: High lymph concentrations cannot be explained by filtration from blood and should be attributed to local production by keratinocytes, blood and lymphatic endothelial and Langerhans' cells, fibroblasts and recirculating lymphocytes serving innate immune reactions.

Key words: cytokines.



V-00130

OKRES NIEZDOLNOŚCI DO PRACY U CHORYCH LECZONYCH OPERACYJNIE ORZEKANY PRZEZ CHIRURGÓW

Monika Wojtasik, Ireneusz Wojciech Krasnodębski

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Orzeczenie lekarza o czasowej niezdolności do pracy powoduje wypłacenie konkretnej sumy ze strony pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Według danych ZUS w Polsce odnotowuje się od 187 do 200 tys. dni absencji w pracy z powodu choroby rocznie. W 2011 r. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych wypłacił ponad 7 miliardów PLN zasiłków chorobowych, co stanowiło 0,5% produktu krajowego brutto.

Cel: Ustalenie, w jaki sposób i na jakiej podstawie chirurdzy orzekają o czasie niezdolności do pracy u chorych operowanych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 62 lekarzy w trakcie lub po uzyskaniu specjalizacji z chirurgii ogólnej. Użyto ankiety zawierającej 17 pytań zamkniętych oceniających doświadczenie zawodowe lekarza, jego przeszkolenie w zakresie orzekania o niezdolności do pracy oraz podstawy merytoryczne i względy społeczno-moralne, na których opiera się, wystawiając zwolnienie z pracy.

Wyniki: W badanej grupie lekarzy 85,48% twierdziło, że w toku szkolenia nie omawiano wpływu operacji na zdolność do pracy. 53,2% nie ma zdefiniowanej opinii o czasie trwania tej niezdolności po poszczególnych operacjach. 90,3% uzależnia długość zwolnienia z pracy od techniki operacji, 96,7% od stanu chorego i powikłań, 93,5% od rodzaju pracy wykonywanej przez pacjenta. 70% badanych pyta chorego, ile zwolnienia chce otrzymać. 74% badanych spotkało się ze strony chorych z próbą wyłudzenia nienależnego świadczenia, 80% jest skłonna wydłużyć zwolnienie, a 43,5% wystawić je bez podstaw medycznych na prośbę chorego, jeśli jest on w szczególnie trudnej sytuacji życiowej.

Wnioski: Brak obiektywnych i powszechnie stosowanych kryteriów oceny zdolności do pracy po przebytej operacji utrudnia racjonalne orzekanie o niezdolności do pracy i zwiększa ryzyko nadużyć. Badania dotyczące wpływu poszczególnych typów operacji na zdolność do wykonywania pracy umożliwią racjonalizację wydatków publicznych związanych z niezdolnością do pracy.

Słowa kluczowe: leczenie chirurgiczne, niezdolność do pracy, orzecznictwo lekarskie.

ABSTRACT

Introduction: The doctor's opinion about patient's inability to work means that a real sum of money will be paid by employer or Social Insurance Board. According the SIB the employees sick leave in Poland varies from 187 to 200 thousand days per year. In 2011 the Social Insurance Fund paid over the 7 billion PLN due to sickness benefits, and this was 0.5% of gross domestic product.

Purpose: The aim of the study was to appraise the surgeons decision-making criteria on inability to work in patients after the surgery.

Material and methods: 62 surgeons or doctors during training in general surgery answered 17 of close-ended questions concerning their work experience, training on work inability estimation received by them during specialization course and merit, social and moral basic on which they decide about sick leave timing.

Results: 85.48% of the questioned group claimed that the inability to work criteria after the surgery were not among their training subjects and 53.2% has no opinion on how long patient's ability to work may be deteriorated by certain surgical procedures. 90.3% will decide about medical leave timing according to technique of operation, 96.7% considers the presence of complications, 93.5% – patient's occupation. 70% asks the patient about how long he would like to stay on the sick leave. 74% reported the assay of extortion on this subject from the patient's side. The 80% will elongate and 43.5% will give the sick leave despite lack of medical indications if the patient will ask and his personal situation is extremely difficult.

Conclusions: Lack of objective and commonly applied criteria of ability to work after the surgical treatment makes rational estimation of inability to work time difficult and aggravates the risk of fraud. The re-

search on influence of certain surgical procedures on ability to work will be useful in rationalization of public expense related to health benefits.

Key words: surgical treatment, inability to work, medical certification.

V-00133

VAAFT – NOWA, MAŁOINWAZYJNA METODA LECZENIA PRZETOK ODBYTU. DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Piotr Wałęga, Michał Romaniszyn, Wojciech Nowak

III Klinika Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie

STRESZCZENIE

Wstęp: Metody operacyjnego leczenia przetok odbytu wciąż cechują się dużym ryzykiem i niezadowalającą skutecznością. Opracowana ostatnio małoinwazyjna metoda z użyciem fistuloskopu według opublikowanych badań daje dobre wyniki przy niskim ryzyku okołoperacyjnym.

Cel: Przedstawienie własnych doświadczeń w leczeniu przetok odbytu za pomocą fistuloskopu (procedura VAAFT: *Video-Assisted Anal Fistula Treatment*).

Materiał i metody: Badaniem objęto 20 pacjentów z przetoką odbytu zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego z użyciem fistuloskopu.

Wyniki: Z 20 pacjentów dwoje zostało śródoperacyjnie zakwalifikowanych do klasycznego wycięcia przetoki ze względu na trudności w prawidłowej identyfikacji traktu przetoki w fistuloskopii, a tym samym wyłączonych z dalszej analizy. Po średnio 6 miesiącach obserwacji (3–21), u 4 pacjentów stwierdzono przetrwałą przetokę (nieskuteczne leczenie), jeden pacjent po wstępnym wygojeniu zgłosił się z ropniem odbytu, wymagającym nacięcia i drenażu, a u 2 pacjentów po początkowym wygojeniu doszło do nawrotu przetoki. U pozostałych 11 pacjentów przetoka wygoiła się całkowicie, co daje ogólny wskaźnik powodzenia operacji wynoszący 61%.

Wnioski: Skuteczność tej metody wydaje się akceptowalna, biorąc pod uwagę niskie ryzyko powikłań (nie było żadnych). Krzywa uczenia się i właściwa kwalifikacja chorych wydają się kluczowymi czynnikami dla osiągnięcia skutecznego leczenia przetoki przy użyciu tej metody. Wydaje się celowe, aby podjąć dalsze badania na temat skuteczności i bezpieczeństwa tej metody w prospektywnych badaniach klinicznych.

Słowa kluczowe: proktologia, przetoka odbytu, fistuloskopia.

ABSTRACT

Introduction: Methods of surgical treatment of anal fistula are still characterized by high risk and unsatisfactory efficacy. Recently developed minimally invasive method using a fistuloscope has shown good results with low perioperative risk according to published research.

Purpose: Presentation of own experience in treatment of anal fistulas using the VAAFT fistuloscopy procedure (*Video-Assisted Anal Fistula Treatment*).

Material and methods: A total of 20 patients with perianal fistula were qualified to surgical treatment with the use of fistuloscope.

Results: Of the 20 patients, two were re-qualified intra-operatively to classical fistula excision due to difficulties with proper fistula tract identification in fistuloscopy, and thus excluded from further analysis. After a mean of 6 months of follow-up (3–21), 4 patients still had a persistent unhealed fistula (unsuccessful treatment), one patient after initial healing developed an acute perianal abscess, requiring incision and drainage, and 2 patients had a fistula recurrence after initial healing. In the remaining 11 patients the fistula was healed completely, giving an overall success rate of 61%.

Conclusions: Overall success rate of this method seems acceptable, taking into account low risk of complications (there weren't any). Learning curve and proper internal opening management seem to be key factors in achieving successful fistula treatment using this method. It seems reasonable to take further research on the effectiveness and safety of this method in prospective clinical trials.

Key words: colorectal surgery, anal fistula, fistuloscopy.

V-00134

UDANA TRANSPLANTACJA AORT SZCZURZYCH I ŚWIŃSKICH PRZECHOWYWANYCH DŁUGOTERMINOWO W BEZWODNYM CHLORKU SODU

Magdalena Gewartowska¹, Michał Maksymowicz¹,
Małgorzata Frontczak-Baniewicz¹,
Maria Mościcka-Wesołowska¹, Olga Buyanovskaya¹,
Waldemar Lech Olszewski^{1,2}

¹Institut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN

²Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: W przypadku zakażenia protezy tętniczej wykorzystanie alloprzeszczepu do utrzymania ukrwienia kończyny jest metodą z wyboru. Metody przechowywania naczyń do przeszczepienia, takie jak krioprezervacja czy przechowywanie w glutaraldehydzie wiążą się ze spadkiem wytrzymałości mechanicznej. Ponadto takie naczynia zachowują swoją immunogenność. Istnieje więc ogromne zapotrzebowanie na przechowywane tętnice ludzkie, które byłyby odporne na zasiedlenie przez mikroorganizmy, wytrzymałe mechanicznie, wykazywały niską immunogenność i nadawały się do zastąpienia zakażonych sztucznych przeszczepów.

Cel: Opracowanie metody przechowywania naczyń tętniczych do przeszczepienia pozwalającej na zachowanie ich struktury i funkcji z jednoczesnym obniżeniem immunogenności.

Materiał i metody: Fragmenty szczurzej oraz świńskiej aorty były umieszczane w bezwodnym NaCl i przechowywane przez okres do 24 miesięcy w temperaturze 4°C. Następnie naczynia przeszczepiano w układzie syn- i allogenicznym szczurom na okres do 24 miesięcy i świnom na okres do 6 miesięcy.

Wyniki: Przeszczepy aortalno-aortalno u szczurów tętniły 24 miesiące po transplantacji. Nie obserwowano zakrzepicy, a jedynie nieznaczne pogrubienie neointymy. Barwienie metodami H/E i trichrome azan, jak również analiza w mikroskopie elektronowym wykazały dobrze zachowaną strukturę anatomiczną. Nie było znaczących różnic pomiędzy aortami przechowywanymi i przeszczepionymi a kontrolnymi syngenicznymi przeszczepami w znakowaniu na CD31, CD 54, RECA-1. Nacieki komórek ED1, OX 6 i W3/13 pozytywnych były nieznaczne. Aorty świńskie pozostawały drożne 6 miesięcy po przeszczepieniu i nie obserwowano powstawania tętniaków. Także w przypadku przeszczepów świńskich analiza ultrastrukturalna nie wykazała znaczących różnic w porównaniu z kontrolą.

Wnioski: Przechowywane przez 24 miesiące w sproszkowanym NaCl szczurze i świńskie alloprzeszczepy po przeszczepieniu pozostawały drożne i zachowywały swoją strukturę anatomiczną i molekularną. Nasze doświadczenia wskazują, że przechowywane tą metodą przeszczepy naczyniowe mogą być użyteczne w zastępowaniu zakażonych przeszczepów tętniczych.

Słowa kluczowe: aorty, przechowywanie, przeszczepienie.

ABSTRACT

Introduction: In case of infection of artificial arterial grafts, replacement by allografts becomes a method of choice. The so far used cryopreserved or glutaraldehyde fixed human allografts have limited longevity and are mechanically fragile. Moreover, the transplanted allogeneic arteries evoke host's immune reaction. For this reason, a method for successful long-term preservation of arterial allografts with unchanged morphology, strong mechanical endurance and low antigenicity is needed.

Purpose: The aim of our studies was to establish a method of successful preservation of arteries for months with unchanged morphological structure and low allogeneic reactivity.

Material and methods: Fragments of rat as well as pig aorta were preserved in anhydric NaCl powder and stored at 4°C for up to 24 months. Subsequently syngeneic and allogeneic grafts were transplanted into rat or pig recipients for up to 24 or 6 months respectively.

Results: Rat aortic grafts pulsated 24 months after transplantation. There was not thrombosis, only some thickening of neo-intima. Routine hematoxyline/eosine and trichrome azan stainings, as well as electron microscopic studies showed the preserved anatomical structure of transplanted aortae and revealed normal structure of elastin fibers, the presence of fibroblasts between elastin bundles and single endothelial-like

cells. No significant differences between preserved transplanted and non-preserved aortae stained for CD31, CD54, RECA-1 were observed. We also observed only slight infiltration of ED1 (CD 68), OX6 (MHC class II) and W3/13 (CD43) positive cells around the allografts and this immunological reaction was only weakly expressed. Porcine aortae preserved for 6 months remained patent, there were no aneurysms 6 months after grafting. Ultrastructure analysis did not show any significant changes compared to controls.

Conclusions: Rat and porcine aortae preserved for 24 months remained patent after transplantation. Their anatomical and molecular structure after transplantation was intact. Results of our studies suggest that preservation in anhydric NaCl could be a novel method for use of arterial allograft. These observation justify clinical trials.

Key words: aorta, preservation, transplantation.

V-00135

CYTOKINY I CZYNNIKI WZROSTU PŁYNU TKANKOWEGO/LIMFY REGULUJĄ PROLIFERACJĘ I RÓŻNICOWANIE LUDZKICH KERATYNOCYTÓW

Anna Domaszewska-Szostek, Marzanna Zaleska,
Waldemar L. Olszewski

Institut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Nasze wcześniejsze badania wykazały, że szereg czynników wzrostu i cytokin obecnych w płynie tkankowym/limfie (PT/L) skóry ludzkiej występuje w wyższym stężeniu niż w surowicy. To skłoniło nas do zbadania, czy PT/ L może mieć wpływ na regulację wzrostu keratynocytów (KC).

Cel: Zbadanie wpływu PT/L na proliferację i różnicowanie KC oraz na ekspresję markerów charakterystycznych dla komórek macierzystych.

Materiał i metody: Keratynocyty były izolowane ze skóry kończyny dolnej i hodowane przez okres 7 dni w PT/L. Fenotyp komórek był określany za pomocą przeciwciał przeciwko: p63, CD29, Ki67 oraz PCNA. Blokowanie cytokin za pomocą przeciwciał umożliwiło oszacowanie, które cytokiny i czynniki wzrostu stymulują proliferację i różnicowanie KC.

Wyniki: Keratynocyty hodowane w PT/L wykazywały wyższy niż w kontroli procent komórek dzielących się oraz komórek z warstwy podstawnej o wydłużonym kształcie, przy niższym procencie zróżnicowanych komórek z wyższych warstw naskórka. Ponadto obserwowano wyższy procent komórek p63 i CD29 pozytywnych. Neutralizacja IL-1β, IL-6, TNF-α, KGF powodowała spadek procenta komórek mitotycznych. W przypadku neutralizacji KGF obserwowano zmniejszenie procenta komórek p63 i CD29.

Wnioski: Cytokiny PT/L mają stymulujący wpływ na proliferację podstawnych KC, lecz nie wpływają na ich różnicowanie. KGF wydaje się silnym stymulatorem wzrostu.

Słowa kluczowe: keratynocyty.

ABSTRACT

Introduction: Our previous studies revealed presence of a number of growth factors and cytokines in human skin tissue fluid/lymph (TF/L) at levels higher than in serum. This prompted us to study whether TF/L may have a regulatory effect on keratinocyte (KC) growth.

Purpose: To study the effect of TF/L on proliferation and differentiation of KC and their stem cell markers expression.

Material and methods: KC were isolated from lower limb skin and were cultured for 1 to 7 days in TF/L. Phenotypes were identified using antibodies against p63, CD29, Ki67 and PCNA. Blocking of cytokines with antibodies helped to estimate which cytokine stimulated KC proliferation and differentiation.

Results: KC cultured in TF/L showed higher than in controls percentage of dividing and elongated cells from basal layer as well as lower percentage of differentiated cells from upper layers. Higher percentage of p63 and CD29 positive cells was also observed. Neutralization of IL-1β, IL-6, TNF-α, KGF caused decrease in percentage of mitotic cells. Neutralization of KGF decreased percentage of p63 and CD29 positive cells.



Conclusions: TF/L cytokines have a stimulating effect on proliferation of basal KC but not on their differentiation. KGF turned to be a strong stimulator.

Key words: keratinocytes.

V-00136

ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA ZABIEGÓW ODTWORZENIA CIĄGŁOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO

**Marcin Włodarczyk, Jakub Kasprzyk,
Aleksandra Sobolewska, Marcin Tchórzewski, Adam Dziki**

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Zabiegi odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego są przeprowadzane u pacjentów z wytworzoną stomią protekcyjną, u których wykonanie pierwotnego zespolenia wiąże się z wysokim ryzykiem jego niewydolności. Odtworzenie ciągłości przyczynia się do poprawy komfortu życia pacjentów, ale obarczone jest znacznym ryzykiem powikłań.

Cel: Celem pracy jest analiza czynników ryzyka występowania powikłań w zabiegach odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego.

Materiał i metody: Badaniem objęto 180 pacjentów po operacjach odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w latach 2003–2012. Dane zgromadzono na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej i protokołów operacyjnych. W badaniu zwrócono uwagę na wpływ płci, wieku, wartości wskaźnika BMI, wyników badań laboratoryjnych, wywiadu chorobowego oraz wcześniejszych zabiegów operacyjnych na przebieg okołoperacyjny, czas hospitalizacji oraz rodzaj i częstość występowania powikłań.

Wyniki: Badaną grupę stanowiło 104 mężczyzn oraz 76 kobiet o średniej wieku 52,6 ±16,8. Powikłania wystąpiły u 41,1% chorych, u 8,9% ponownie wyłoniono stomię. U 15,0% chorych konieczne było wykonanie reoperacji. Nieszczelność zespolenia (22,2%) oraz ropień miednicy mniejszej (14,8%) były najczęstszymi przyczynami reoperacji. Do powikłań należały infekcje rany pooperacyjnej (33,8%), niedrożność przewodu pokarmowego (27%), przepuklina okołostomijna (14,9%), niewydolność zespolenia jelitowego (9,5%) oraz krwawienie do jamy otrzewnej (8,1%). W badaniu nie wykazano wpływu wieku, płci oraz chorób współistniejących. Niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia powikłań była otyłość ($p < 0,001$) oraz choroba nowotworowa jako przyczyna pierwotnego zabiegu ($p < 0,05$). Stwierdzono zależność między częstością powikłań a skalą ASA ($p < 0,001$), poziomem WBC ($p = 0,02$) oraz liczbą wcześniejszych zabiegów ($p = 0,006$).

Wnioski: Zabiegi odtworzenia ciągłości wiążą się z wysokim odsetkiem powikłań. Istotnymi czynnikami ryzyka są otyłość, choroba nowotworowa, liczba przebytych zabiegów operacyjnych, wydolność krążeniowo-oddechowa oraz poziom WBC.

Słowa kluczowe: odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego, czynniki ryzyka, otyłość, rak jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: Procedures of the restoration of the intestinal continuity are performed in patients after the surgical excision of the protective ostomy among which such a procedure during the primary intervention would coincide with a high risk of the bowel's anastomosis failure. The restoration of the intestinal tract leads to the improvement of the patient's quality of life but is associated with a high risk of morbidity.

Purpose: The aim of this study was to evaluate the influence of various risk factors on the morbidity after the intestinal continuity restoration surgeries.

Material and methods: The study included 180 patients who underwent the procedure of the intestinal continuity restoration from 2003 to 2012. The data were retrieved from the retrospective analysis of the medical and surgery records. The influence of age, sex, BMI, laboratory results, comorbidities and prior surgical procedures on the perioperative course, hospitalization time, frequency and type of the complications were analyzed.

Results: The study group consisted of 104 male and 76 female patients of the average age of 52.6 ±16.8. The overall morbidity rate was 41.1% and in 8.9% of the patients the ostomy had to be remade. 15.0% patients needed to be reoperated. Anastomosis dehiscence (22.2%) and pelvic minor abscess (14.8%) were the most frequent reasons for reoperation. The complications included wound infections (33.8%), bowel obstruction (27%), paraostomy hernia (14.9%), dehiscence of anastomosis (9.5%) and bleeding into the peritoneal cavity (8.1%). There was no influence of age, sex and comorbidities on the complication rates. The independent risk factors of the postoperative morbidity included obesity ($p < 0.001$) and cancer disease as the reason of the primary procedure ($p < 0.05$). There was a correlation between the complication rates and the ASA scale ($p < 0.001$), WBC ($p = 0.02$), and the number of previous surgeries ($p = 0.006$).

Conclusions: Intestinal tract restoration surgeries are associated with a high morbidity rate. The relevant risk factors are obesity, cancer disease, the number of previous surgeries, cardio-respiratory capacity, and WBC.

Key words: restoration of intestinal continuity, risk factors, obesity, colorectal cancer.

V-00137

LAPAROSKOPOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

**Aleksander Saliński, Marcin Włodarczyk,
Magdalena Wojtczak, Aleksandra Sobolewska,
Marcin Tchórzewski, Adam Dziki**

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: W ostatnich latach rośnie częstość wykonywanych laparoskopowych zabiegów w chirurgii jelita grubego. Technika ta charakteryzuje się porównywalnymi wynikami leczenia onkologicznego, jednak współistniejące ograniczenia techniczne, długa krzywa uczenia oraz wysokie koszty stanowią przeszkodę w powszechnym zastosowaniu laparoskopii w chirurgii jelita grubego.

Cel: Celem pracy jest ocena i porównanie skuteczności zabiegów resekcji jelita grubego metodą laparoskopową oraz otwartą w materiale własnym.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę 140 pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu resekcji jelita grubego w latach 2009–2012. Dane zgromadzono na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej, protokołów operacyjnych oraz wyników badań histopatologicznych. W analizie uwzględniono rodzaj zabiegu, liczbę konwersji, czas hospitalizacji, przebieg pooperacyjny, wczesne i późne wyniki leczenia.

Wyniki: Do grupy badanej włączono 70 osób o średniej wieku 64 lata operowanych metodą laparoskopową. Kontrolę stanowiła homogeniczna pod względem demograficznym i charakteru zmian grupa chorych operowanych metodą otwartą. W grupie laparoskopowej częstość konwersji wynosiła 41%. Najczęstszą przyczyną konwersji były trudne warunki anatomiczne (48%). Odsetek konwersji wykazywał tendencję spadkową z 47% w 2009 r. do 32% w 2012 r. Otyłość stanowiła niezależny czynnik ryzyka konwersji ($p < 0,05$). W badaniu nie wykazano wpływu wieku, płci, chorób współistniejących oraz charakteru histopatologicznego operowanych zmian na odsetek konwersji. Odnotowano dłuższy czas zabiegu w grupie laparoskopowej ($p < 0,01$). W grupie chorych operowanych laparoskopowo zauważono, że przeprowadzenie konwersji istotnie wydłuża czas zabiegu ($p < 0,005$) i hospitalizacji ($p < 0,05$). Nie wykazano różnicy w czasie hospitalizacji w grupie laparoskopowej i otwartej. Śmiertelność, odsetek powikłań oraz wznów procesu nowotworowego były porównywalne w każdej z grup.

Wnioski: Laparoskopowe resekcje jelita grubego wiążą się z wysokim ryzykiem konwersji, których odsetek maleje wraz z doświadczeniem chirurga. Konwersja wydłuża czasu zabiegu oraz pooperacyjną hospitalizację. Wybór techniki zabiegu nie wpływa na wczesne i późne wyniki leczenia.

Słowa kluczowe: laparoscopia, konwersja, rak jelita grubego, wyniki leczenia.

ABSTRACT

Introduction: Recent years show the increasing popularity of laparoscopy in the colorectal surgery. This technique is characterized by comparable oncologic outcomes. Reasons for too restricted use of laparoscopy in colorectal surgery include technical limitations, steep learning curves, and high costs of this procedure.

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of laparoscopic colorectal resections versus open based on own clinical experience.

Material and methods: The study involved 140 patients qualified for the colorectal resection from 2009 to 2012. Data were collected from a retrospective analysis of medical records, surgery records and histopathological results. In the study technique of surgery, conversion rate, hospitalization time, follow up, short- and long-term outcomes were analyzed.

Results: Study group included 70 patients (mean age 64 years) operated laparoscopic. In control group were 70 patients who underwent open surgery. Demographic data and lesions characteristic were homogeneous in the both groups. In laparoscopic group the conversion rate was 41%. The most frequent reason of conversion were difficult anatomical conditions (48%). The conversion rate decreased from 47% in 2009 to 32% in 2012. Obesity was independent risk factor of conversion ($p < 0.05$). Our study revealed no influence of age, sex, comorbidities and histopathological results on conversion rate. The surgery time was longer in laparoscopic group ($p < 0.01$). Conversion in laparoscopic group increased the time of surgery ($p < 0.005$) and postoperative hospitalization ($p < 0.05$). There was no difference in hospitalization time between laparoscopic and open method. Mortality, complication and recurrence rates were comparable in both group.

Conclusions: Laparoscopic colorectal resections were associated with a high risk of conversion. The conversion rate decreases during the learning curve for laparoscopic resections. Conversion increases the time of surgery, and postoperative hospitalization. Type of the resection technique does not affect the short- and long-term outcomes.

Key words: laparoscopy, conversion, colorectal cancer, outcomes.

V-00138

SZWY ANTYEWENTRACYJNE U PACJENTÓW PO DUŻYCH ZABIEGACH CHIRURGICZNYCH JAMY BRZUSZNEJ – ANALIZA PRZYDATNOŚCI

Marcin Włodarczyk, Aleksandra Sobolewska, Marcin Tchórzewski, Adam Dziki

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Rozejście rany pooperacyjnej oraz wytrzewienie są poważnymi powikłaniami w chirurgii jamy brzusznej. Stosowanie szwów antyewentracyjnych nie należy do postępowania standardowego, jednakże nie ma negatywnego wpływu na gojenie się rany pooperacyjnej, a może zapobiec jej rozejściu się u pacjentów z grup podwyższonego ryzyka.

Cel: Celem pracy jest ocena skuteczności oraz określenie wskazań do stosowania szwu antyewentracyjnego u pacjentów po dużych zabiegach chirurgicznych jamy brzusznej.

Materiał i metody: Prospektywnym badaniem objęto pacjentów po rozległych zabiegach w obrębie jamy brzusznej hospitalizowanych w latach 2011–2013, u których występowały czynniki ryzyka rozejścia rany pooperacyjnej. W badaniu w sposób losowy wyłoniono grupę kontrolną i badawczą, o łącznej liczebności 140 osób. W grupie badawczej do standardowego postępowania przy zamykaniu powłok brzusznych dołączono szew antyewentracyjny obejmujący skórę, tkankę podskórną, mięśnie proste brzucha oraz powięź.

Wyniki: Do grupy badawczej włączono 70 pacjentów o średniej wieku 67 lat oraz 70 chorych do grupy kontrolnej o średniej wieku 69 lat. Całkowite rozejście rany pooperacyjnej wystąpiło u 1,4% ($n = 1$) w grupie badanej oraz u 7,1% ($n = 5$) w grupie kontrolnej ($p < 0,05$). Średni okres do rozejścia rany po zabiegu wynosił 5 dni, bez różnic w badanych grupach. Wytrzewienie wystąpiło u 1,4% ($n = 1$) chorych w grupie badanej oraz u 2,8% ($n = 2$) w grupie kontrolnej ($p > 0,05$). Reoperację z powodu rozejścia rany wykonano u 1,4% ($n = 1$) pacjentów z grupy badanej i 3,2% ($n = 3$) z grupy kontrolnej ($p > 0,05$). W badanych gru-

pach nie zaobserwowano różnic w długości hospitalizacji oraz częstości występowania infekcji rany. W grupie badanej ból pooperacyjny był istotnie większy w 3., 4. i 5. dobie po zabiegu ($p < 0,05$).

Wnioski: Stosowanie szwu antyewentracyjnego zmniejsza częstość występowania rozejścia rany pooperacyjnej po dużych zabiegach jamy brzusznej z cięcia pośrodkowego u chorych z grup ryzyka. Nie wykazano wpływu szwu antyewentracyjnego na częstość występowania powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: szew antyewentracyjny, rozejście rany, zakażenie rany, czynniki ryzyka.

ABSTRACT

Introduction: Early postoperative wound dehiscence and evisceration are serious complications in abdominal surgery with high mortality and morbidity rates. Retention sutures as nonstandard procedure does not have a negative effect on wound healing and may prevent dehiscence in the postoperative period in patients with high-risk groups.

Purpose: The aim of the study was to evaluate the efficiency and determine the indications for retention sutures in patients after major abdominal surgery.

Material and methods: Prospective study included patients who underwent midline laparotomy with risk factors for dehiscence hospitalized from 2011 to 2013. Total number of 140 patients were included in the study and randomly divided into two groups, study and control. In the study group retention sutures were added to the standard procedure for closing the abdominal cavity. Retention sutures included skin, subcutaneous tissue, rectus muscle and abdominal fascia.

Results: The study group included 70 patients with a mean age of 67 years and control group 70 patients with an average age of 69 years. The total wound dehiscence occurred in 1.4% ($n = 1$) in group with retention sutures and in 7.1% ($n = 5$) control group ($p < 0.05$). Mean time to wound dehiscence after surgery was 5 days, with no differences between groups. Abdominal evisceration after surgery occurred in 1.4% ($n = 1$) patients in the study group and 2.8% ($n = 2$) in the control group ($p > 0.05$). Reoperation due to wound dehiscence was performed in 1.4% ($n = 1$) patients in the study group and 3.2% ($n = 3$) in control group ($p > 0.05$). In the study groups there was no difference in the length of hospital stay and wound infection rate. In the study group post-operative pain was significantly higher in the 3., 4. and 5. postoperative day ($p < 0.05$).

Conclusions: Retention sutures reduce the incidence of postoperative wound dehiscence following midline laparotomy in patients with multiple risk factors. There was no influence of prophylactic retention sutures for the incidence of postoperative complications.

Key words: retention suture, Wound dehiscence, wound infection, risk factors.

V-00140

POLSKI CHIRURG W OCZACH PACJENTA – CHARAKTERYSTYKA OPINII PACJENTÓW O CHIRURGACH I LECZENIU OPERACYJNYM

Marek Olakowski¹, Aleksandra Hładon², Mariusz Seweryn², Weronika Bulska², Magdalena Bonk², Piotr Kłakus², Beata Jabłońska¹, Wojciech Świątkiewicz³, Paweł Lampe¹

¹Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego SUM w Katowicach

²Koło naukowe STN przy Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego SUM w Katowicach

³Zakład Socjologii Wiedzy Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

STRESZCZENIE

Wstęp: Chirurgia jest sztuką dokonywania decyzji zasadniczych i nieodwracalnych, przez co budzi silne emocje zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. W społeczeństwie polskim ciągle jeszcze spotykamy się z negatywnymi stereotypami na temat pracy chirurga.

Cel: Celem pracy było zebranie opinii pacjentów o polskich chirurgach i zbadanie ich wiedzy na temat leczenia operacyjnego.

Materiał i metody: Wykonano badanie ankietowe za pomocą autorskiego kwestionariusza zawierającego 25 pytań, którym objęto 652 pacjentów leczonych na oddziałach szpitali klinicznych w okresie I–IV 2012.



Grupa badana liczyła 60% kobiet oraz 40% mężczyzn. Rozkład wieku ankietowanych przedstawiał się następująco: poniżej 35 lat – 26% (n = 169), między 35 a 65 lat – 50% (n = 326) i powyżej 65. roku życia – 24% (n = 156).

Wyniki: Zgodnie z opinią większości pacjentów (75%) chirurdzy operują jedynie, gdy jest to konieczne. Kobiety istotnie statystycznie częściej (p = 0,01) uznały, że wskazania do operacji w Polsce są nadużywane. Ponad połowa badanych (53%) chciałyby być operowana przez chirurga w średnim wieku 40–60 lat. Znamienne częściej wiek chirurga nie miał znaczenia dla kobiet (p = 0,01). Płeć chirurga, który miałby przeprowadzić operację dla 67% pacjentów była obojętna. Według ankietowanych najważniejszymi cechami dobrego chirurga są: doświadczenie, kompetencja i dokładność. Najgorsze cechy to: pijaństwo, niedouczenie i korupcja. Ponad 2/3 ankietowanych uważa, że kwalifikacje polskiego chirurga są równie wysokie, jak chirurga z Europy Zachodniej. Według opinii 45% pacjentów pensja chirurga w Polsce powinna wynosić dwukrotność, a 37% trzykrotność średniej krajowej. Pacjenci w starszym wieku wyżej wyceniali pracę chirurga niż młodzi (p = 0,001). Aż 85% badanych chciałyby poznać szczegóły operacji przed jej przeprowadzeniem. Podczas operacji 74% pacjentów woli być nieświadoma. Największy strach u pacjentów wzbudza niepowodzenie operacji (71%).

Wnioski: Polski chirurg jest postrzegany przez pacjentów jako profesjonalista, osoba ciesząca się dużym szacunkiem i zasługująca na godne wynagrodzenie.

Słowa kluczowe: ankieta, opinie pacjentów, chirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Surgery is the art of making substantial, irreversible decisions, so it raises strong emotions between surgeons and patients. In society, there are still stereotypes that the surgeons needed strength and composure appropriate for your age and sex. The perception of surgeon decides about the relationship with the patient.

Purpose: The aim of study was the analysis of patients' opinions about Polish surgeons and examining their knowledge of the surgical treatment.

Material and methods: We performed a questionnaire survey containing 25 questions, which included 652 patients treated at clinical hospitals in I-IV 2012. The study group consisted of 60% women and 40% men; 26% (169) patients were under age 35, 50% (326) between age 35 – 65 and 24% (156) over age 65.

Results: According 75% patients, the surgeons operate only when it is necessary; 53% patients preferred medium-aged surgeons, but statistically significant (p = 0.01) more often it does not matter for women. For 67% surveyed patients the surgeons' sex is not important. The most desired features of the surgeon were experience, competence and accuracy, the least alcoholism, lack of education and corruption. A group of 73% patients thought, that polish surgeon is as qualified as the other one from West Europe. Salary should be twice (45%) or three times (37%) higher than average salary in Poland, but people over age 65 statistically higher valued surgeon's work (p = 0.001). Patients wanted to know details of operation (85%), but they preferred unconsciousness during surgery (74%). The biggest fear was raised by unsuccessful operation (71%).

Conclusions: Polish surgeon is perceived by patients as professional, a person enjoying a lot of respect and deserves a decent salary.

Key words: questionnaire, patients' opinion, surgery.

V-00142

WYPADANIE ODBYTNICY U KOBIET – WYNIKI DOSTĘPU KROCZOWEGO I BRZUSZNEGO

Michał Mik, Radziszław Trzcziński, Ryszard Kujawski, Łukasz Dziki, Marcin Tchorzewski, Adam Dziki

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: Wybór rodzaju operacji u chorych z pełnościennym wypadaniem odbytnicy bywa czasem trudny nawet dla doświadczonego chirurga.

Cel: Celem pracy była ocena klinicznych i czynnościowych wyników operacyjnego leczenia kobiet z pełnościennym wypadaniem odbytnicy.

Materiał i metody: W latach 2003–2010 grupa 86 kobiet (średni wiek 67 ±10) była operowana z powodu wypadania odbytnicy. W grupie 24 chorych (27,9%) stwierdzono także nietrzymanie stolca lekkiej postaci. Wykonano następujące zabiegi operacyjne: otwartą rektopleksję – u 18 pacjentek, operację Altemeiera – u 45 pacjentek i operację Delorme'a – u 23 pacjentek. Efekt kliniczny i czynnościowy (manometria anorektalna) były oceniane przed zabiegiem i po zabiegu. Czas obserwacji wynosił 32 ±11 miesięcy.

Wyniki: Zgon w okresie pooperacyjnym wystąpił u jednej chorej (1,4% – po operacji Delorme'a), nieszczelność zespolenia stwierdzono u 4 chorych (5,9%). Odsetek nawrotów w grupie operowanych z dojścia kroczonego wyniósł 11,8% (8 chorych). Odnotowaliśmy jeden nawrót po rektopleksji (5,6%). Procedura Altemeiera wykazała największy wpływ na funkcjonowanie mięśni zwieracza odbytu i ciśnienie spoczynkowe w manometrii anorektalnej (42 ±7 vs 53 ±9 cm H₂O, p = 0,0082), w przypadku wykonania przedniej lewatoroplastyki stwierdzono dodatkowe korzyści w postaci znamiennego wzrostu ciśnienia skurczowego w kanale odbytu (41 ±8 vs 58 ±9 cm H₂O, p = 0,006 i 42 ±10 vs 56 ±9 cm H₂O, p = 0,01).

Wnioski: W leczeniu wypadania odbytnicy nadal nie ma jednoznacznych wytycznych co do wyboru zabiegu operacyjnego. Wybór odpowiedniej metody powinien opierać się na objawach klinicznych i chorobach współistniejących u chorego w celu uzyskania maksymalnych korzyści z zabiegu i zminimalizowania ryzyka operacji i powikłań pooperacyjnych.

Słowa kluczowe: wypadanie odbytnicy, leczenie chirurgiczne, operacja Delorme'a, rektopleksja, operacja Altemeiera.

ABSTRACT

Introduction: The choice of type of operation in patients with full-thickness rectal prolapse remains still challenge even among experienced surgeons.

Purpose: The aim of the study was to assess the clinical and functional results of surgical treatment of female patients with rectal prolapse.

Material and methods: In the period of 2003-2010 the group of 86 female patients (mean age of 67 ±10) underwent surgery due to rectal prolapse. The group of 24 patients (27.9%) suffered from mild anal incontinence. They were operated on with open sutured rectopexy – 18 pts, and Altemeier – 45 pts and Delorme procedure – 23 pts. Prior to surgery and after operation clinical and function results were obtained. The follow-up period amounted to 32 ±11 months.

Results: In perineal approaches we found mortality in one patient (1.4% – Delorme) and anastomotic leak in 4 patients (5.9%). The recurrence rate in the perineal group was 11.8% (8 patients). We noted one recurrence in rectopexy group (5.6%). Altemeier procedure revealed the most significant impact on the function of the anal sphincter muscles and resting pressures (42 ±7 vs. 53 ±9 cm H₂O; p = 0.0082) if anterior levatoroplasty was added the benefits referred also to squeeze pressures (41 ±8 vs. 58 ±9 cm H₂O; p = 0.006 and 42 ±10 vs. 56 ±9 cm H₂O; p = 0.01).

Conclusions: In the treatment of rectal prolapse there is still no consensus about the operation of choice. Selection of appropriate method should be based on clinical findings and patients comorbidities to obtain maximal benefits and minimize the postoperative risk and failures.

Key words: rectal prolapse, surgery, Delorme procedure, rectopexy, Altemeier procedure.

V-00148

PROFILAKTYKA KRWAWIENÍ PO STRUMIEKTOMII Z ZASTOSOWANIEM KLEJU FIBRYNOWEGO I ŻELU PŁYTKOWEGO – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

POST-STRUMECTOMY BLEEDING PROPHYLAXIS WITH PLATELET GEL AND FIBRIN GLUE – OWN EXPERIENCE

Andrzej Misiak¹, Elżbieta Lachert², Konrad Pielaciński¹, Jolanta Papis², Marek Dedecjus¹, Andrzej B. Szczepaniak¹

¹Klinika Chirurgii Ogólnej i Hematologicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa

²Zakład Zapewnienia Jakości, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Właściwości hemostatyczne i przeciwbakteryjne żelu płytkowego (ŻP) i kleju fibrynowego (KF) oraz ich działania przyspieszające gojenie wykorzystywane są od kilku lat w praktyce klinicznej.

Cel: Celem pracy była ocena bezpieczeństwa i skuteczności autologicznego mrożonego ŻP i KF stosowanego u chorych poddanych strumektomii.

Materiał i metody: Do badań włączono 54 chorych, (45K i 9M), w wieku od 22 do 75 lat, operowanych z powodu chorób tarczycy w latach 2009–2012. Chorych podzielono na dwie grupy. W pierwszej grupie badanej (GB) obejmującej 18 chorych wytworzono, a następnie zamrożono autologiczny ŻP (4 chorych) lub KF (14 chorych). Śródoperacyjnie, po usunięciu subtotalnym lub totalnym obu płatów tarczycy i dokonaniu wstępnej hemostazy, do łóż po wyciętych płatach aplikowano za pomocą zestawu dwóch strzykawek rozmrożony preparat KF lub ŻP łącznie z chlorkiem wapnia i trombiną. Grupę kontrolną (GK) stanowiło 36 chorych operowanych w tym samym okresie, u których nie stosowano preparatów hemostatycznych. Porównywano: występowanie odczynów alergicznych, czas operacji, objętość wydzieliny z drenów, miejscowe powikłania oraz przebieg gojenie ran.

Wyniki: W grupie badanej nie obserwowano odczynów alergicznych, a temperatura ciała po operacji wynosiła poniżej 37°C. W GK również nie stwierdzano miejscowych i ogólnych odczynów alergicznych, ale u 19 chorych (52,7%) w okresie trzech dni pooperacyjnych spostrzegano jednorazowy lub wielokrotny wzrost ciepłoty ciała do 37,0–37,4°C. Średni czas operacji w GB wynosił 72,8 min, a w GK 74 min ($p > 0,05$, NS). W GB średnia objętość wydzieliny z drenu wynosiła 54,7 ml, a w GK 82,2 ml ($p < 0,05$, S). U 3 chorych po aplikacji ŻP lub KF nie pozostawiono drenów. Rany pooperacyjne w obu grupach zagoiły się przez rychłozrost.

Wnioski: W naszej ocenie zastosowanie ŻP i KF jest postępowaniem bezpiecznym, które cechuje się istotnym działaniem hemostatycznym zmniejszającym krwawienie pooperacyjne i nie zaburza gojenia rany.

Słowa kluczowe: strumektomia, klej fibrynowy, profilaktyka krwawień.

ABSTRACT

Introduction: In the recent years platelet gel (PG) and fibrin glue (FG) have found wide application in clinical practice due to their antibacterial and hemostatic properties as well as their effect on acceleration of wound-healing.

Purpose: The aim of the study was to assess the safety and efficacy of frozen autologous PG and FG in patients subjected to strumectomy.

Material and methods: The study comprised 54 patients (9 men and 45 women, aged 22-75) who underwent surgery for various thyropathies in the 2009-2012 period. The patients were divided into two groups. The study group comprised 18 patients; autologous frozen-and-thawed platelet gel was prepared for 4 patients and fibrin glue for 14 patients. Following total or subtotal strumectomy and initial hemostasis either frozen-and-thawed fibrin glue or platelet gel with thrombincalcium chloride solution were medioperatively applied from a two-syringe set to the organ site. In the control group which comprised 36 patients operated on in the same period, no hemostatic agents were used during surgery. We compared: occurrence of allergic reactions, surgical duration, secretion drainage, local complications and wound healing.

Results: In the study group we observed no allergic reactions and post-operative temperature was below 37°C. In the control group there were no local or systemic allergic reactions but during 3 postoperative days in 19 patients we observed single or multiple fever episodes (37.0-

37.4°C – 52.7%). Average surgical duration was 72.8 min for the study group and 74 min ($p > 0.05$, NS) for the control group. In the former, the average secretion drainage was 54.7 ml and in the latter – 2.2 ml ($p < 0.05$). In 3 patients we removed drainage following application of either platelet gel or fibrin glue. In both groups we observed primary wound healing.

Conclusions: In our opinion both platelet gel and fibrin glue can safely be applied as both products contribute greatly to reduction of postoperative bleeding while wound healing is undisturbed.

Key words: strumectomy, fibrin glue, bleeding prophylaxis.

V-00149

PRZEDNIA PŁASTYKA ZWIERACZY – KTÓRZY PACJENCI MAJĄ POŻYTEK Z ZABIEGU?

Michał Mik, Kinga Rośniak, Piotr Narbutt, Łukasz Dziki, Marcin Tchórzewski, Radziław Trzciniński, Adam Dziki

Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp: W populacji ogólnej częstość nietrzymania stolca jest szacowana od 2% do 18%. Jeżeli leczenie zachowawcze jest nieskuteczne u pacjentów z poważnymi objawami nietrzymania stolca, zalecana jest przednia plastyka zwieraczy odbytu w celu poprawy ich jakości życia.

Cel: Celem pracy było określenie przedoperacyjnych czynników klinicznych, które mogą wpłynąć na wyniki leczenia po wykonanej sfinkteroplastyce.

Materiał i metody: W latach 2003–2009 w grupie 78 chorych z nietrzymaniem stolca (59 kobiet, średni wiek 61 ± 13 lat), wykonano przednią sphincteroplastykę (na zakładkę). Do operacji kwalifikowano jedynie pacjentów z ciężką postacią nietrzymania stolca (> 16 pkt w skali Wexnera). Przed zabiegiem i w okresie badań kontrolnych wykonywano transrektalne USG, manometrię, pacjenci dodatkowo wypełniali ankietę. Badanie miało charakter prospektywny. Okres obserwacji wynosił więcej niż 36 miesięcy.

Wyniki: W badaniu ankietowym 52 pacjentów (66,7%) oceniło wynik leczenia jako doskonały, 15 chorych jako dobry (19,2%), a 11 pacjentów jako słaby (14,1%). Ciśnienie skurczowe w kanale odbytu poprawiło się znamienne bardziej u mężczyzn 33 ± 11 cm H₂O vs 22 ± 14 cm H₂O, $p = 0,039$ i u pacjentów < 50. roku życia: 32 cm H₂O ± 10 vs 25 ± 12 cm H₂O, $p = 0,045$. Jeśli szerokość ubytku zwieracza zewnętrznego była mniejsza niż 60°, poprawa ciśnienia skurczowego była znamienne wyższa, 33 ± 9 cm H₂O vs 22 ± 15 cm H₂O, $p = 0,031$. Oceniając chorych w skali Wexnera: mężczyźni lepiej odpowiedzieli na zabieg niż kobiety 6,94 ± 1,8 vs 5,12 ± 2,2, $p = 0,048$; podobnie jak chorzy z mniejszym ubytkiem zwieraczy < 60° 6,51 ± 1,4 vs 4,28 ± 2,3, $p = 0,042$.

Wnioski: Kliniczna ocena pacjentów przed zabiegiem z wykorzystaniem wszystkich dostępnych metod diagnostycznych jest kluczowa w celu wybrania optymalnej grupy pacjentów, którzy odniosą największą korzyść z operacji. Osoby młode, mężczyźni i pacjenci z mniejszym ubytkiem zwieraczy mają większą szansę uzyskać lepszy efekt operacji.

Słowa kluczowe: nietrzymanie stolca, plastyka zwieraczy, wyniki czynnościowe, ubytek zwieracza.

ABSTRACT

Introduction: In general population the prevalence of anal incontinence is reported from 2% to 18%. If conservative treatment fails anterior sphincteroplasty has been advocated to improve functioning and quality of life of incontinent patient.

Purpose: The aim of the study was to identify clinical factors which could influence the results of overlapping sphincteroplasty.

Material and methods: Between 2003-2009 the group of 78 incontinent patients (59 women, mean age of 61 ± 13 years), was operated on with anterior overlapping anal sphincteroplasty. Only patients with severe incontinence (> 16 pts in Wexner scale) were included. Before surgery and in follow-up period anorectal ultrasound, manometry and incontinence assessment were performed and in follow-up period patients additionally fulfilled survey. The study was prospective. Follow up period was more than 36 months.



Results: In survey the excellent results related to 52 patients (66.7%), good in 15 (19.2%) and poor in 11 (14.1%). The squeeze pressure improved more significantly in men 33 ± 11 cm H₂O vs. 22 ± 14 cm H₂O; $p = 0.039$. In patients < 50 year squeeze pressure was significantly larger 32 ± 10 cm H₂O vs. 25 ± 12 cm H₂O; $p = 0.045$. If the width of a defect within sphincter was less than 60° the improvement in squeeze pressure was higher 33 ± 9 cm H₂O vs. 22 ± 15 cm H₂O; $p = 0.031$. In Wexner scale male patients better responded to surgery than females 6.94 ± 1.8 vs. 5.12 ± 2.2 , $p = 0.048$; as well as patients with smaller scar < 60° 6.51 ± 1.4 vs. 4.28 ± 2.3 ; $p = 0.042$.

Conclusions: To succeed in sphincteroplasty the proper qualification to the procedure should be crucial. Clinical assessment prior to surgery with the use of all available non-surgical methods in patients suffer from severe symptoms can help to select optimal group who will benefit from surgery. Male patients may have obtain outcome and patients with smaller sphincter defect could likely have also better results from surgery.

Key words: fecal incontinence, spincteroplasty, functional results, sphincter defect.

V-00153

OSTRA ZAKRZEPICA TĘTNICY KREZKOWEJ GÓRNEJ U 58-LETNIEGO MĘŻCZYZNY Z NIEDROŻNOŚCIĄ PNIA TRZEWNEGO, PO ZABIEGU PTA TĘTNICY KREZKOWEJ GÓRNEJ Z IMPLANTACJĄ STENTU Z POWODU JEJ KRYTYCZNEGO ZWĘŻENIA: OPIS PRZYPADKU

Piotr Malinowski, Przemysław Puszkievicz

Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

STRESZCZENIE

Wstęp: Ostro zakrzepica tętnicy krezkowej górnej jest stanem o niekorzystnym rokowaniu. Leczenie jest oparte na wewnątrznaczyniowym lub chirurgicznym przywróceniu dopływu krwi do niedokrwionego jelita. Wczesne postawienie diagnozy jest kluczowe dla przeżycia pacjenta.

Cel: Przedstawienie przypadku wraz z graficzną dokumentacją procesu diagnostycznego i leczenia wewnątrznaczyniowego i chirurgicznego ostrego i przewlekłego niedokrwienia jelit.

Materiał i metody: Prezentacja przypadku klinicznego.

Wyniki: Prezentujemy przypadek pacjenta leczonego wewnątrznaczyniowo z implantacją stentów z powodu krytycznego zwężenia tętnicy krezkowej górnej w 2009 r. Cztery lata później pacjent zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z objawami ostrego bólu brzucha. Tomografia komputerowa brzucha po dożylnym podaniu kontrastu wykazała niedrożność tętnicy krezkowej górnej w miejscu poprzednio wszczepionych stentów oraz niedrożność pnia trzewnego. Podjęto próbę wewnątrznaczyniowego udrożnienia stentów zakończoną niepowodzeniem. Z uwagi na pogorszenie stanu chorego podjęto leczenie operacyjne – laparotomię, otwarte udrożnienie tętnicy krezkowej. Po 24 godzinach od pierwszej operacji wykonano relaparotomię z resekcją 30 cm odcinka jelita czczego z powodu martwicy niedokrwiennej.

Wnioski: Ostre i przewlekłe niedokrwienie jelit wymaga energicznego postępowania diagnostycznego i leczniczego. Leczenie endowaskularne jest postępowaniem z wyboru. W niektórych przypadkach musi być uzupełnione postępowaniem operacyjnym.

Słowa kluczowe: miażdżyca tętnic, zwężenie tętnicy krezkowej, niedokrwienie jelit.

V-00152

AMPUTACJE W OPARZENIACH

Piotr Sopolski, Marek Kawecki, Justyna Glik, Mariusz Maj

Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich

STRESZCZENIE

Wstęp: Oparzenie to proces, który doprowadza do zniszczenia tkanek na skutek koagulacji białka lub ich zwęglenia. Uszkodzenia skóry, tkanek miękkich, kości i aparatu więzadłowego są często nieodwracalne. Poza oparzeniami termicznymi również oparzenie i porażenie prądem elektrycznym ma niemały udział w tym procesie. Nierzadko zasięg zniszczenia zmusza chirurga do amputacji kończyny.

Cel: Analiza liczby i wysokości amputacji w obrębie kończyn górnych i dolnych u pacjentów oparzonych leczonych w CLO w latach 2007–2013.

Materiał i metody: Od stycznia 2007 do maja 2013 r. u 54 pacjentów wykonano 126 zabiegów amputacyjnych w obrębie kończyn. W tym czasie w CLO leczono 6501 chorych z powodu oparzenia. Analizowano rozległość i rodzaj oparzenia w korelacji ze stosowanym leczeniem.

Wyniki: Przedstawiono liczbę wszystkich wykonanych amputacji z podziałem na kończyny (górną, dolną) oraz wysokość amputacji.

Wnioski: Stosowane standardowo leczenie kompleksowe obejmujące terapeutyczne dawki heparyn drobnocząsteczkowych, wczesne nacięcia odbarczające, hiperbaria tlenowa – mogą ograniczyć zakres późniejszych amputacji.

Słowa kluczowe: amputacja, oparzenia termiczne, oparzenie i porażenie prądem.

ABSTRACT

Introduction: The proces of burn leads to tissue destruction and char as the result of protein coagulation. Skin, soft tissue, bones and ligament system damages are often irreversible. Beside thermal burns, electric burns and hazard have a significant impact on his process. Often, due to the range of destruction, the surgeon is forced to perform amputation of the extremity.

Purpose: Analysis of the number and the heigh of amputations of lower and upper extremitis in burn patients treated at the Centrum Leczenia Oparzeń / Burn Centre between 2007 and 2013.

Material and methods: Between January 2007 and May 2013 were performed 126 amutation of extremities. At that time 6501 burn patients were treated at the Centrum Leczenia Oparzeń. The extensiveness and type of burn in correlation with type of treatment were analysed.

Results: Shows the total number and the heigh of amputations performed with the division on lower and upper extremitis.

Conclusions: Standard complex treatment including administration of LMW heparin therapeutic doses, early fasciotomy, hyperbaric oxygen therapy – all those methods can reduce the range of further amputations.

Key words: amputation, electric burns, termal burns.

ABSTRACT

Introduction: Acute thrombosis of the superior mesenteric artery in a 58-year-old man with occlusion of celiac trunk, after PTA and stent implantation for critical superior mesenteric artery stenosis: a case report.

Purpose: Presentation of a case report with graphic documentation of the diagnostic process and intravascular and surgical treatment of chronic and acute intestinal ischemia.

Material and methods: Presentation of a case report.

Results: We would like to present a patient treated with stent implantation for critical superior mesenteric artery stenosis in 2009. Four years later patient appeared in the emergency department with symptom of acute abdominal pain. Contrast computed tomography scan of the abdomen revealed occlusion of the superior mesenteric artery in the place of previously implanted stents and occlusion of celiac trunk. An attempt of endovascular treatment was undertaken but it was unsuccessful. Because of exacerbation of patient symptoms surgical treatment was undertaken – laparotomy and open endarterectomy of superior mesenteric artery. After 24 hours a second look relaparotomy was performed with excision about 30 cm of jejunum due to ischemic necrosis.

Conclusions: Acute and chronic intestinal ischemia requires vigorous diagnostics and treatment. Endovascular treatment is the treatment of choice. In some cases this procedure must be supplemented by open surgery.

Key words: atherosclerosis, mesenteric artery sclerosis, intestine ischemia.

V-00161

PRZYPADKOWO, ŚRÓDOPERACYJNIE WYKRYTY RAK ŻOŁĄDKA – JAK PROWADZIĆ DIAGNOSTYKĘ?**Tomasz Maj, Tomasz Olesiński, Marek Szpakowski, Ireneusz Pierzankowski**

Klinika Gastroenterologiczno-Onkologiczna Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

STRESZCZENIE

Wstęp: Do rozsiewu choroby nowotworowej – głównej przyczyny niepowodzeń w leczeniu gruczolowego raka żołądka i połączenia przełykowo-żołądkowego – najczęściej dochodzi drogą limfatyczną do węzłów chłonnych jamy brzusznej, wewnątrzotrzewnową (*carcinosis peritonei*) czy krwionośną (do wątroby płuc, kości, ośrodkowego układu nerwowego).

Cel: Wskazówki diagnostyczne.

Materiał i metody: Tematem pracy jest prezentacja przypadku 66-letniej pacjentki z wykrytym przypadkowo, podczas otwartej cholecystektomii, guzem żołądka o zaawansowaniu regionalnym. Zabieg został wykonany poza naszym ośrodkiem. Rozpoznanie zweryfikowano otwartą biopsją śródoperacyjną bez resekcji guza. Pomimo późniejszej gastrektomii z limfadenektomią D2 i zaawansowania pT2N1M0 leczenie zakończyło się niepowodzeniem w wyniku rozsiewu wewnątrzotrzewnowego. W omówieniu poddano ocenie sposób prowadzenia diagnostyki oraz potencjalne przyczyny niepowodzenia leczenia, wartość kliniczną czynników prognostycznych w przewidywaniu wystąpienia i dróg rozsiewu choroby nowotworowej. Omówiono również najczęstsze drogi rozsiewu gruczolakoraka.

Wnioski: W diagnostyce śródoperacyjnej przypadkowo wykrytego raka żołądka o zaawansowaniu miejscowym T2–T3 należy unikać otwartej biopsji chirurgicznej.

Słowa kluczowe: rak żołądka, diagnostyka.

ABSTRACT

Introduction: The main cause of failure in treatment of the adenocarcinoma of the stomach and the oesophagogastric junction is dissemination of the malignant disease. It is accomplished through lymphatics to the lymph nodes of the abdominal cavity, intraperitoneal scatter (*carcinosis peritonei*) or through blood vessels (to the liver, lungs, bones and central nervous system).

Purpose: Diagnostic guidelines.

Material and methods: The subject-matter of this paper is case presentation of 66 year old female with regionally advanced gastric cancer, accidentally disclosed during open cholecystectomy. This operation was performed outside our centre. The diagnosis was confirmed by open intraoperative biopsy without resection of the tumor. Despite following gastrectomy with D2 lymphadenectomy and pT2N1M0 staging, the treatment was unsuccessful due to intraperitoneal dissemination. In discussion, diagnostic process, potential causes of failure of treatment, clinical values of prognostic factors while estimating dissemination of the neoplastic disease as well as its paths of spreading were thoroughly assessed. Main routes of dissemination of adenocarcinoma were also evaluated.

Conclusions: While intraoperatively diagnosing accidentally disclosed gastric cancer in T2-T3 stage of local progression, open surgical biopsy should be avoided.

Key words: gastric cancer, diagnostic procedures.

V-00165

ANALIZA OCENY LECZENIA CHORYCH Z RAKIEM JELITA GRUBEGO W BADANIACH WŁASNYCH**Renata Chrzan, Tomasz Kulpa**

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Rak jelita grubego (CRC) to najczęstszy nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego. Ostatnio zaobserwowano wzrost zachorowań osób w średnim wieku zarówno z powodu raka okrężnicy, jak i odbytnicy.

Cel: Celem obecnej pracy jest retrospektywna ocena leczenia chorych w średnim wieku cierpiących na tą chorobę.

Materiał i metody: Analizowano dokumentację medyczną 100 losowo wybranych chorych leczonych w naszym oddziale z powodu raka jelita grubego w latach 2000–2012 w wieku 48–75 lat. Analizowano następujące czynniki: położenie, rodzaj przeprowadzonej operacji, typ histologiczny raka, stopień jego złośliwości histologicznej i zaawansowania klinicznego. Następnie przeanalizowano stopień zaawansowania i wczesną śmiertelność pooperacyjną.

Wyniki: Wczesne powikłania pooperacyjne obserwowano u 50 chorych, 2 osoby zmarły. Wśród powikłań miejscowych przeważało ropienie rany. Wśród powikłań ogólnych najczęściej pojawiała się gorączka.

Wnioski: Rak jelita grubego obserwowany u naszych chorych charakteryzował się wysokim stopniem zaawansowania klinicznego i różnym stopniem złośliwości.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, analiza wczesnych powikłań.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer (CRC) is the most common cancer of the gastrointestinal tract. Recently is observed increase of incidence in middle age, both colon cancer and rectum cancer.

Purpose: The aim of the present study was to make retrospectively evaluation of the management of middle-aged patients suffering from this disease.

Material and methods: Medical documentation of 100 randomly selected patients was analyzed. They were treated in our department with colorectal cancer in years 2000–2012 aged 48–75 years. We analyzed the following factors: location, type of performed surgery, histological type of cancer, its histological grade and clinical stage. Then it was considered the severity and early postoperative mortality.

Results: Early postoperative complications were observed in 50 patients, two people died. Among local complications prevailed wound abscesses. Among the most common complications appeared general fever.

Conclusions: Colorectal cancer observed by our patients was characterized by a high degree of clinical and varying degrees of malignancy.

Key words: colon cancer, early complications analysis.

V-00166

ANALIZA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH CHORYCH HOSPITALIZOWANYCH Z POWODÓW CHIRURGICZNYCH**Renata Chrzan, Tomasz Kulpa**

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Nieprawidłowe nawyki żywieniowe mogą prowadzić do różnych schorzeń, takich jak otyłość, choroby serca i naczyń, cukrzyca typu 2 oraz niektórych rodzajów raka.

Celem pracy była ocena sposobu odżywiania się pacjentów hospitalizowanych z powodów chirurgicznych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 chorych (50 kobiet i 50 mężczyzn) w wieku 20–80 lat leczonych w tutejszym oddziale w okresie kwiecień–maj 2012 r. Pacjenci wypełniali autorską anonimową ankietę zawierającą pytania dotyczące nawyków żywieniowych. Następnie pytano o subiektywną ocenę stanu zdrowia i najczęstsze dolegliwości.

Wyniki: Zachowania żywieniowe i sposób żywienia zależą od płci. Można jednak zaobserwować także podobieństwa pomiędzy kobietami a mężczyznami.

Wnioski: Pacjenci leczeni z powodów chirurgicznych odżywiają się nieprawidłowo, spożywają zbyt mało m.in. owoców i warzyw, zbyt dużo słodczy. Podawane dolegliwości przewodu pokarmowego są związane przede wszystkim z nieprawidłową dietą.

Słowa kluczowe: nawyki żywieniowe, pacjenci chirurgiczni.



ABSTRACT

Introduction: Abnormal dietary habits can evoke different diseases as: obesity, heart and vascular diseases, diabetes type 2 and some kind of cancers.

Purpose: The aim of the study was evaluation of dietary habits of 100 patients (50 women and 50 men) – treated in our surgical ward in the period April-May 2012.

Material and methods: Patients performed author anonymous questionnaire including questions concerning dietary habits. Next they was asked about subjective estimate of health condition and the most frequent diseases.

Results: Dietary habits and manner of eating depend on sex. It is possible to observe also similarities among women and men.

Conclusions: Surgical patients are fed incorrectly, they eat not enough, for example, fruits and vegetables, they eat too much sweets. Reported diseases of gastrointestinal tract are connected to irregular dietary habits.

Key words: dietary habits, surgical patients.

injections, mental support, lack of privacy. Next analysed problem was influence of hemorrhoid disease on widely understood mental sphere, on practice of profession social life, sexual life, on growth of expense on treatment.

Results: It was observed Important influence of diseases on analysed parameters.

Conclusions: It is chronic disease causing psychological problems so as well as mental. It concerns intimate body part and thus they consider it for shy ill, they underestimate taking a stand sign and they enter for physician in advanced stage of disease. Then, performing of operative procedure is the only way of treatment.

Key words: hemorrhoidal disease, QOL.

V-00170

CZYNNIKI ETIOLOGICZNE ZAKAŻEŃ BAKTERYJNYCH WE WCZESNYM OKRESIE POTRANSPLANTACYJNYM PO PRZESZCZEPNIENIU NERKI (KTX)

ETIOLOGICAL AGENTS OF BACTERIAL INFECTIONS IN THE EARLY POST TRANSPLANT PERIOD FOLLOWING KIDNEY TRANSPLANTATION

Dariusz Kawecki^{1,2,3}, Michał Wszola⁴,
Artur Kwiatkowski⁴, Anna Sawicka-Grzelak¹,
Magdalena Durlik⁵, Leszek Pączek⁶,
Grażyna Młynarczyk¹, Andrzej Chmura⁴

¹Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Zakład Medycyny Ratunkowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁵Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁶Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Zakażenia bakteryjne są jedną z najczęstszych przyczyn powikłań u pacjentów po przeszczepieniu narządów unaczynionych.

Cel: Analiza czynników etiologicznych zakażeń bakteryjnych u dorosłych pacjentów we wczesnym okresie potransplantacyjnym po przeszczepieniu nerki (KTX).

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 295 pacjentów po przeszczepieniu nerki KTX (*kidney transplantation*), okres obserwacji to pierwszy miesiąc po zabiegu operacyjnym. Pobrano do badania mikrobiologicznego 1073 próbki materiałów klinicznych. Dodatkowo posiewy stanowiły 26,9% (n = 289) wszystkich badanych próbek. Wyhodowano z nich 525 szczepów drobnoustrojów. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 52,2% (n = 274), bakterie Gram-ujemne 40,8% (n = 214), a szczepy grzybów izolowano w 7% (n = 37).

Wyniki: Wśród bakterii Gram(+) najczęściej izolowano z moczu szczepy z rodzaju: *Enterococcus* 87,5% (n = 91). Wśród bakterii Gram(-) najczęściej izolowano z moczu *Serratia* spp. 33,5% (n = 55) – *Serratia marcescens* stanowił 96,4% izolatów. Łącznie 309 próbek materiałów klinicznych pobranych od biorców nerki z okolicy miejsca operowanego (materiał śródoperacyjny, dren z okolicy operowanej, płyn z jamy otrzewnej, wymaz z rany) poddano badaniu mikrobiologicznemu. Dodatkowo posiewy stanowiły 35,6% (n = 110) wszystkich badanych próbek. Wyhodowano z nich 172 szczepy drobnoustrojów. Bakterie Gram(+) stanowiły 72,1% (n = 124), bakterie Gram(-) 24,4% (n = 42), a grzyby 3,5% (n = 6). Z krwi pobrano 138 próbek. Dodatkowo posiewy stanowiły 21% (n = 29). Wyhodowano z nich 38 szczepów drobnoustrojów. Bakterie Gram(+) stanowiły 81,6% (n = 31), bakterie Gram(-) 15,8% (n = 6), a szczepy grzybów 2,6% (n = 1). Pobrano 13 próbek materiału z dróg oddechowych (aspirat tchawiczy, płyn z opłucnej). Dodatkowo posiewy stanowiły 61,5% (n = 8) wszystkich badanych próbek. Bakterie Gram(+) stanowiły 57,1% (n = 8), bakterie Gram(-) 14,3% (n = 2), a szczepy grzybów izolowano w 28,6% (n = 4).

V-00167

ANALIZA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU CHOROBY HEMOROIDALNEJ

Renata Chrzan, Tomasz Kulpa

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Najczęstsze objawy choroby hemoroidalnej to świąd, pieczenie, jasnoczerwone ślady krwi na stolcu i papierze toaletowym lub bieliznie, a także uczucie niekompletnego wypróżnienia. Przeważnie występuje kilka objawów łącznie, dla pacjenta bardzo nieprzyjemnych, mogą one obniżyć komfort życia osoby dotkniętej tą chorobą.

Celem pracy była ocena jakości życia chorych operowanych z powodu choroby hemoroidalnej.

Materiał i metody: Analizowano jakość życia pacjentów operowanych w latach 2005–2010 na Oddziale Chirurgii Szpitala Kolejowego we Wrocławiu z powodu choroby hemoroidalnej. Zastosowano autorską, anonimową ankietę. Wypełniło ją dobrowolnie 35 chorych. Analizowano subiektywne odczucia pacjentów. Chorzy wybierali wersję odpowiedzi „tak” lub „nie”. Pytano o uciążliwość badań i wizyt lekarskich, zabiegu operacyjnego, znieczulenia, zmian opatrunków, wklucć dożylnych, iniekcji, wsparcia psychicznego i brak intymności. Kolejnym analizowanym problemem był wpływ obecności hemoroidów na szeroko rozumianą sferę psychiczną, na wykonywanie zawodu, życie towarzyskie, życie seksualne i wzrost wydatków na leczenie.

Wyniki: Zaobserwowano istotny wpływ schorzenia na analizowane parametry.

Wnioski: Jest to przewlekłe schorzenie powodujące dolegliwości zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Schorzenie dotyczy intymnej części ciała i w związku z tym chorzy uważają je za wstydlive, bagatelizują występujące objawy i zgłaszają się do lekarza w zaawansowanym stadium choroby. Wtedy jedynym sposobem leczenia jest wykonanie zabiegu operacyjnego.

Słowa kluczowe: choroba hemoroidalna, jakość życia.

ABSTRACT

Introduction: The most common symptoms of hemorrhoids are itching, burning, bright red blood on stool and toilet paper or underwear, and feeling of incomplete bowel movement. More often, there are several symptoms including very unpleasant for the patient, which could reduce the quality of life of people affected by this disease.

Purpose: The aim of the study was quality of life evaluation of patients operated because of hemorrhoid disease.

Material and methods: It was analyzed quality of life of patients operated in the period 2005-2010 in District Railway Hospital – Surgical Ward because of hemorrhoid disease. It was performed authors anonymous questionnaire. 35 of operated patients fulfilled it voluntarily. Subjective feelings of patients were analysed. Patients choose version of answer so or not. They were asked about arduousness of doctor's examinations, medical visits, operation procedure, insensibilizing, intravenous

Wnioski:

1. Wśród izolatów wyhodowanych z próbek materiałów klinicznych po KTX dominowały bakterie Gram(+) 52,2%.
2. Stwierdzono występowanie szczepów wielolekoopornych MRCNS, VRE, HLLAR, ESBL(+).
3. Dane te wskazują na konieczność ścisłego przestrzegania procedur kontroli zakażeń szpitalnych w tej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: zakażenia bakteryjne, przeszczepienie nerki.

ABSTRACT

Introduction: Bacterial infections are common complications in solid organ transplantation, especially in kidney transplantation.

Material and methods: This study included 295 adult patients undergoing KTx between September 2001 and December 2007. All patients were followed prospectively for bacterial infections during the first 4 weeks after surgery. Clinical samples were investigated by bacteriological cultures to identify microorganisms in accord with standard procedures. Susceptibility testing was performed using Clinical and Laboratory Standards Institute procedures.

Results: Urine specimens (n = 582) were obtained from 84.5% of 245 recipients during the first month after transplantation. Among the isolated bacterial strains (n = 291), the most common were Gram-negative bacteria (56.4%). Gram-positive bacteria comprised 35.7%; Fungal strains in 23 cases (7.9%). Surgical site specimens (n=309), the most common were Gram-positive bacteria (72.1%). Gram-negative bacteria comprised 24.4%. Blood specimens (n = 138), the most common were Gram-positive bacteria (81.6%). Gram-negative bacteria comprised 15.8%; Fungi isolated in 2.6%. Respiratory tract specimens (n = 13). Among the isolated bacterial strains (n = 8), the most common were Gram-positive bacteria (57.1%). Gram-negative bacteria comprised 14.3%. Fungi isolated in 28.6%.

Conclusions:

1. Our study showed Gram-positive bacteria 52.2% after kidney transplantation.
2. The increased proportion of isolates of multi-drug-resistant [(MDR) bacterial strains (MRCNS, VRE, HLLAR, ESBL(+))].
3. These data indicate strict cooperation infection control procedures in these patients.

Key words: infections, kidney transplantation.

Wyniki: Budowa ultrastrukturalna ściany żył z grupy kontrolnej nie odbiegała w sposób istotny od normy. W grupie badanej żył z części górnej stwierdzono liczne odchylenia od normy w budowie ultrastrukturalnej, o zróżnicowanym nasileniu, w zależności od miejsca i ocenianego przypadku. Zmiany dotyczące budowy błony wewnętrznej dotyczyły przede wszystkim obrzęku, ścieńczenia lub ogniskowego uszkodzenia komórek śródbłonka, z odcinkową ich destrukcją i złuszczeniem. Zwracało uwagę poszerzenie zarówno warstwy wewnętrznej, jak i warstwy środkowej, spowodowane głównie: zwiększeniem odległości pomiędzy komórkami mięśniowymi, zwiększeniem ilości włókien kolagenu i elastyny pomiędzy komórkami, występowaniem przeziernych elektronowo przestrzeni pomiędzy włóknami kolagenowymi oraz obecnością większej ilości substancji amorficznej.

Wnioski: Żyłakowato zmieniona ściana żył odpiszczelowych ulega istotnym, nieodwracalnym zmianom strukturalnym oraz morfometrycznym. Zmianom żyłakowatym naczyń żylnych zawsze towarzyszy przewlekły proces zapalny o różnym stopniu nasilenia.

Słowa kluczowe: żyłaki kończyn dolnych, ultrastruktura, chirurgia.

V

ABSTRACT

Introduction: Chronic Venous Disease (CVD) of lower limbs is one of the most common diseases and still is an important medical, social and economic issue. There are many risk factors of CVD among which genetic, hormonal and lifestyle are the most important. Current scientific development regards the knowledge about hemodynamic and molecular mechanism of the disease. The first one seems to be well known but the second still is an interesting field of investigation.

Purpose: The aim of the study was Histological, morphometric and ultrastructural evaluation of removed varices.

Material and methods: In 30 patients (with CVD – vein taken during saphenectomy) and 10 controls (without CVD – vein taken during cardiosurgical procedures) certain parts of the saphenous vein underwent structural, morphological and ultrastructural evaluation using an electron microscope.

Results: In control group, ultrastructure of removed veins showed no abnormalities. In group of patients with CVD ultrastructural investigation showed, in intima layer, edematous areas containing damaged cells and a degraded matrix. Tunica intima and media were also thickened because of hypertrophic areas containing elastin and collagen fibers.

Conclusions: Varices of saphenous vein wall are significant, irreversible, structural and morphometric changes. Varicose veins are always accompanied by chronic inflammation of various degrees of severity.

Key words: varicose vein, ultrastructure, general surgery diseases.

V-00171

PORÓWNANIE ZMIAN MORFOLOGICZNYCH W BADANIACH ULTRASTRUKTURALNYCH ŚCIAN NACZYŃ U CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ ŻYLNĄ LECZONYCH OPERACYJNIE

Piotr Wojskowicz¹, Jerzy Łukaszewicz¹, Beata Szynaka², Robert Zbucki¹, Jacek Dadan¹

¹I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Katedra Biostruktury Zakładu Patomorfologii Lekarskiej i Zakładu Histologii i Embriologii

STRESZCZENIE

Wstęp: Przewlekła choroba żylna (PChŻ) kończyn dolnych należy do najbardziej rozpowszechnionych schorzeń i nadal stanowi bardzo istotny problem medyczny, społeczny oraz ekonomiczny. Istnieje szereg czynników ryzyka PChŻ, z których tło genetyczne oraz czynniki hormonalne i tryb życia są najistotniejsze. Dotychczasowy postęp nauki dotyczy zarówno wiedzy na temat mechanizmu hemodynamicznego, jak i molekularnego tej choroby.

Cel: Celem badań jest porównanie zmian w ścianie żyły odpiszczelowej, na jej różnych wysokościach, u pacjentów z żyłakami kończyn dolnych oraz u chorych bez niewydolności żylniej.

Materiał i metody: W grupie badanej było 30 pacjentów z niewydolnością żylną (materiał pobrany w czasie safenektomii), a w grupie kontrolnej 10 chorych bez niewydolności żylniej (materiał pobrany w czasie zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego). Materiał operacyjny został pobrany i przygotowany do oceny w mikroskopie świetlnym oraz elektronowym transmisyjnym.

V-00172

CZNNIKI ETIOLOGICZNE ZAKAŻEŃ BAKTERYJNYCH WE WCZESNYM OKRESIE POTRANSPLANTACYJNYM U PACJENTÓW PO PRZESZCZEPIENIU WĄTROBY

ETIOLOGICAL AGENTS OF BACTERIAL INFECTIONS IN THE EARLY POST TRANSPLANT PERIOD FOLLOWING LIVER TRANSPLANTATION

Dariusz Kawecki^{1,2,3}, Marek Pacholczyk⁴, Beata Łągiewska⁴, Anna Sawicka-Grzelak¹, Magdalena Durlik⁵, Leszek Pączek⁶, Grażyna Młynarczyk¹, Andrzej Chmura⁴

¹Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Zakład Medycyny Ratunkowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁵Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁶Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Liczne badania dowodzą, że zakażenia w transplantologii stanowią nadal jedną z najważniejszych przyczyn powikłań po przeszczepieniu narządów.

Cel: Analiza czynników etiologicznych zakażeń bakteryjnych u dorosłych pacjentów we wczesnym okresie potransplantacyjnym po przeszczepieniu wątroby (OLT).

Materiał i metody: Analiza 190 pacjentów po OLT, okres obserwacji – 1 miesiąc (2001–2007), w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej AM w Warszawie. Pobrano 2213 próbek do badań mikrobiologicznych. Dodatkowo posiewy stanowiły 27,2% (n = 603) wszystkich badanych próbek. Wyhodowano z nich 1252 szczepy drobnoustrojów. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 64,1% (n = 802), bakterie Gram-ujemne 31,6% (n = 396), a szczepy grzybów izolowano w 4,3% (n = 54).

Wyniki: 1031 próbek pobrano z okolicy miejsca operowanego. Dodatkowo posiewy stanowiły 29,2% (n = 301). Wyhodowano 677 szczepy. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 73,7% (n = 499), bakterie Gram-ujemne 25,1% (n = 170), a szczepy grzybów izolowano w 1,2% (n = 8). Pobrano 539 próbek moczu. Dodatkowo posiewy 16,7% (n = 90). Wyhodowano z nich 210 szczepów. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 28,6% (n = 60), bakterie Gram-ujemne 62,4% (n = 131), a szczepy grzybów 9% (n = 19). Łącznie z krwi pobrano 549 próbek. Dodatkowo posiewy 30,6% (n = 168). Wyhodowano z nich 263 szczepy drobnoustrojów. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 72,3% (n = 190), bakterie Gram-ujemne 26,2% (n = 69), a szczepy grzybów izolowano prawie w 1,5% (n = 4). Materiał z dróg oddechowych – 69 próbek. Dodatkowo posiewy stanowiły 46,4% (n = 32). Wyhodowano z nich 84 szczepy drobnoustrojów. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 51,2% (n = 43), bakterie Gram-ujemne 27,4% (n = 23), a szczepy grzybów izolowano w 21,4% (n = 18).

Wnioski:

1. Wyniki badań dowodzą, że wczesny okres potransplantacyjny jest „niejednorodny”.
2. Wartości współczynnika IR dla izolacji drobnoustrojów w kolejnych podokresach były malejące dla bakterii Gram-dodatnich (94,1–25,6; I vs IV), rosnące dla Gram-ujemnych (18,4–26,7; I vs IV), malejące dla grzybów (4,7–1,5; I vs IV, najwyższy w II podokresie).
3. Wykazano niepokojący, wysoki odsetek izolacji szczepów wielolekoopornych pałeczek niefermentujących *A. baumannii* i enterokoków opornych na wankomycynę.

Słowa kluczowe: zakażenia bakteryjne, przeszczepienie wątroby.

ABSTRACT

Introduction: It has been reported in many studies that one of the main factors influencing morbidity and mortality in transplant patients is infections after transplantation.

Purpose: The development of the solid organ transplantation procedure in Poland requires a better understanding of the issue of infections in transplant recipients in our country.

Material and methods: The study sample was composed of 190 – liver transplant, recipients who underwent transplantation at the Department of General Surgery and Transplantation at the Medical University of Warsaw (2001 and 2007). This six-year-period of had been subdivided into two subperiods: from 2001 to 2004 and from 2005 to 2007.

Results: Due to the different scope of medical management in the first month after the transplantation, the microbiological results were analysed separately for each of the consecutive four weeks as well as for each group of transplant recipients. The differences between isolated strains in these four periods have been evaluated by statistical analysis using SAS 9.1 program: chi-square test, Fisher test. Differences between the incidence rate in two periods (2001-2004 vs. 2005-2007) was performed using bootstrap method. The significance level was considered to be $\alpha = 0.05$. The higher incidence rate was observed in patients after liver transplantation. The results of this study also demonstrate that the incidence rate was elevated with increasing age of patients. We have assigned the trends in liver transplant group in the two subperiods of observation, which showed the rising trend.

Conclusions:

1. The results of a comparative analysis demonstrated that liver transplant “probiotic” group had a statistically significant higher rate of occurrence of multidrug resistant bacteria in comparison to transplant recipients not receiving probiotics. Further research is needed to evaluate these findings.
2. Until now this early posttransplant period was considered as “homogeneous” time after transplantation. I have demonstrated in this study that this period is “heterogeneous”, with statistically significant differences being observed between results obtained in consecutive four weeks after transplantation.

Key words: infections, liver transplantation.

V-00173

ZAPALENIE WĘZŁÓW CHŁONNYCH KREZKI JELITA WYWOŁANE PRZEZ *YERSINIA ENTEROCOLITICA* – OPIS PRZYPADKU

Piotr Wojskowicz¹, Justyna Zińczuk², Joanna Kiśluk², Dawid Fil³, Andrzej Kemon², Jacek Dadan¹

¹I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Zakład Patomorfologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³Zakład Histologii i Embriologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

STRESZCZENIE

Wstęp: Yersinioza jest ostrą lub przewlekłą chorobą odzwierzęcą wywołaną zakażeniem Gram-ujemnymi pałeczkami *Yersinia enterocolitica*. Do zakażenia może dojść w wyniku spożycia pierwotnie skażonych produktów żywnościowych (tj. mięso wieprzowe, niepasteryzowane mleko) lub wtórnie zanieczyszczonych produktów zwierzęcych lub roślinnych. Obraz kliniczny zakażeń może mieć różnorodny przebieg, a związane jest to z wiekiem, stanem fizycznym chorego bądź właściwościami patogennymi drobnoustrojów. Zakażenie wywołane przez *Y. enterocolitica* może występować w różnych postaciach klinicznych, od zatrucia pokarmowego do posocznicy.

Cel: Celem pracy było przedstawienie rzadkiego przypadku zakażenia pałeczką *Yersinia enterocolitica* węzłów chłonnych krezki jelita współistniejącego z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Materiał i metody: Mężczyzna 19-letni został przyjęty do I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z powodu nasilających się od 3 dni dolegliwości bólowych jamy brzusznej. Ból początkowo dotyczył całej jamy brzusznej (głównie nadbrzusza i śródbrzusza środkowego), natomiast w dniu przyjęcia zlokalizował się w prawym dole biodrowym. Temperatura ciała była podwyższona (37,5°C). W badaniu przedmiotowym jamy brzusznej stwierdzono niewielkie wzdęcie brzucha, leniwą perystaltykę, obronę mięśniową oraz dodatni objaw Blumberga.

Wyniki: Pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego w trybie doraźnym. W trakcie zabiegu stwierdzono dużą ilość bursztynowego płynu w jamie brzusznej, zapalenie wyrostka robaczkowego, liczne powiększone (1–2 cm) węzły chłonne krezki jelita cienkiego. Wykonano usunięcie wyrostka robaczkowego oraz biopsję węzła chłonnego krezki jelita cienkiego.

Wnioski: Częstość występowania yersiniozy wśród pacjentów z bólami brzucha lokalizującymi się w prawym podbrzuszu i podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego oceniana jest na 2–23%, dlatego w diagnostyce różnicowej opartej na niecharakterystycznych objawach należy zawsze uwzględnić tę istotną, aczkolwiek nadal stosunkowo rzadką jednostkę chorobową, jaką jest zakażenie pałeczkami *Yersinia enterocolitica*.

Słowa kluczowe: *Yersinia enterocolitica*, zakażenia bakteryjne, węzły chłonne krezki.

ABSTRACT

Introduction: Yersinioza is an acute or chronic, zoonotic disease caused by infection of Gram-negative rods *Yersinia enterocolitica*. It can be transmitted by the consumption of originally contaminated food products (pork, unpasteurized milk) or secondarily contaminated with animal or vegetable products. The clinical picture of infection may have a variable course is related to the age and physical condition of the patient, or pathogenic properties of microorganisms. Infection caused by *Y. enterocolitica* can occur in different clinical forms: food poisoning, colitis, mesenteric lymphadenitis, erythema nodosum, arthritis, pharyngitis, pneumonia, meningitis, sepsis.

Purpose: The aim of this study was to present a rare case of infection with *Yersinia enterocolitica* mesenteric lymph nodes coexistent with appendicitis.

Material and methods: 19-years-old man was admitted to the 1st Department of General and Endocrinological Surgery, Medical University of Białystok according to constantly escalating abdominal pain during past 3 days. Initially, pain embraced the whole abdominal cavity (mainly epigastrium and middle abdominal region). On the admission day pain was sensed in right lower quadrant of the abdomen.

Results: The patient was qualified for the surgical treatment ad hoc. During the operation large amount of amber-colored liquid was observed in the abdominal cavity as well as appendicitis, numerous enlarged

(1-2 cm) mesenteric lymph nodes. Appendectomy was performed along with biopsy of mesenteric lymph node.

Conclusions: The frequency of occurrence of yersiniosis among patients with pain in right hypogastric area and suspected appendicitis oscillates around 2-23%. It is recommended to provide for the possibility of substantial but still rare infection with *Yersinia enterocolitica* in diagnostics of non-specific symptoms.

Key words: *Yersinia enterocolitica*, infections, mesenteric lymph nodes.

V-00174

CZYNNIKI ETIOLOGICZNE ZAKAŻEŃ BAKTERYJNYCH WE WCZESNYM OKRESIE POTRANSPLANTACYJNYM U PACJENTÓW PO PRZESZCZEPIENIU JEDNOCZASOWYM TRZUSTKI I NERKI

ETIOLOGICAL AGENTS OF BACTERIAL INFECTIONS IN THE EARLY POST-TRANSPLANT PERIOD AFTER SIMULTANEOUS PANCREAS-KIDNEY TRANSPLANTATION (SPKTX)

Dariusz Kawecki^{1,2,3}, Artur Kwiatkowski⁴, Anna Sawicka-Grzelak¹, Magdalena Durlik⁵, Grażyna Młynarczyk¹, Andrzej Chmura⁴

¹Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Zakład Medycyny Ratunkowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁵Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Wiele danych wskazuje, że pierwszy miesiąc po transplantacji charakteryzuje się najczęstszym występowaniem zakażeń, a dominującym czynnikiem etiologicznym są bakterie.

Cel: Analiza czynników etiologicznych zakażeń bakteryjnych u pacjentów we wczesnym okresie potransplantacyjnym po jednoczasowym przeszczepieniu trzustki i nerki.

Materiał i metody: Badaniem objęto 26 pacjentów po SPKTX (2001–2006) w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM, w okresie pierwszych czterech tygodni po zabiegu operacyjnym.

Wyniki: Pobrano 263 próbki do badań mikrobiologicznych. Dodatnie posiewy stanowiły 29,3% (n = 77) wszystkich badanych próbek. Wyhodowano z nich 219 szczepów drobnoustrojów. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 64% (n = 140), bakterie Gram-ujemne 22,8% (n = 50), a szczepy grzybów izolowano w 13,2% (n = 29). Łącznie 123 próbki pobrano z okolicy miejsca operowanego. Dodatnie posiewy stanowiły 38,2% (n = 47). Wyhodowano z nich 163 szczepy. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 65% (n = 106), bakterie Gram-ujemne 19% (n = 31), a szczepy grzybów 16% (n = 26). Pobrano 70 próbek moczu. Dodatnie posiewy stanowiły 18,6% (n = 13). Wyhodowano z nich 28 szczepów. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 53,6% (n = 15), a bakterie Gram-ujemne 46,4% (n = 13). Z krwi pobrano 66 próbek. Dodatnie posiewy 22,7% (n = 15). Wyhodowano z nich 23 szczepy. Bakterie Gram-dodatnie stanowiły 73,9% (n = 17), bakterie Gram-ujemne 17,4% (n = 4), a szczepy grzybów 8,7% (n = 2). Z dróg oddechowych wyhodowano 4 szczepy. Wśród bakterii Gram-dodatnich *Enterococcus faecium* (HLAR), *Staphylococcus epidermidis*, a z Gram-ujemnych *Acinetobacter baumannii* i *Morganella morganii*.

Wnioski:

1. Wartości współczynnika IR dla izolacji drobnoustrojów w kolejnych podokresach czasowych były malejące dla bakterii Gram-dodatnich (102,3 – 18,7; I vs IV), rosnące dla Gram-ujemnych (14 – 46,1; I vs III) w IV wynosiły 14, malejące dla grzybów (22,1 – 1,6; I vs IV).
2. W przeprowadzonych przez mnie badaniach wykazałem w tej grupie najwyższe współczynniki izolacji drobnoustrojów w porównaniu z biorcami nerki czy wątroby.

Słowa kluczowe: zakażenia, przeszczepienie jednoczasowe trzustki i nerki.

ABSTRACT

Introduction: The development of the solid organ transplantation procedure in Poland over the past two decades requires a better understanding of the issue of infections in transplant recipients in our country.

Purpose: Therefore it was justified to analyse the frequency at which microbe strains occur, their biochemical profile and susceptibility to antimicrobial agents in patients after simultaneous pancreas and kidney transplantation in the early posttransplant period.

Material and methods: The study sample was composed of 26 – simultaneous pancreas-kidney transplant who underwent transplantation at the Department of General Surgery and Transplantation at the Medical University of Warsaw between September 2001 and December 2007.

Results: Cultured bacterial and fungal strains were identified and characterised at the Chair and Department of Medical Microbiology at the Medical University of Warsaw using standard microbiological methods. An analysis of the susceptibility of the isolates of Gram-positive and Gram-negative bacteria to antimicrobial agents was performed for microbes which are pathogenic for humans, using established microbiological techniques. Due to the different scope of medical management in the first month after the transplantation, the microbiological results were analysed separately for each of the consecutive four weeks as well as for each group of transplant recipients. All data were recorded on standard forms and entered for computer analysis. The differences between isolated strains in these four periods have been evaluated by statistical analysis using SAS 9.1 program: chi-square test, Fisher test. Differences between the incidence rate in two periods (2001-2004 vs. 2005-2007) was performed using bootstrap method. The significance level was considered to be $\alpha = 0.05$.

Conclusions: The results of this study demonstrated many differences in the incidence rate of isolated Gram-positive and Gram-negative bacteria, and their susceptibility to antibacterial agents, reaching statistical significance for each type of transplanted organ, type of clinical material and time periods.

Key words: simultaneous pancreas and kidney transplantation, infections.

V-00182

OCENA POZIOMU LĘKU U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ

Renata Chrzan, Tomasz Kulpa

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Zabieg chirurgiczny i związana z tym konieczność pobytu w szpitalu stanowi dla większości chorych bardzo silny stres powiązany z dużą dozą silnych emocji. Każdy zabieg chirurgiczny powoduje naruszenie stanu równowagi organizmu. Efekty zabiegu nie są do końca przewidywalne, a z uwagi na ich ścisły związek z życiem i zdrowiem, które stanowią dobrą podstawowe, wywołują silne emocje, takie jak gniew, niepokój, lęk, smutek, bezradność czy strach.

Cel: Ocena poziomu lęku u pacjentów operowanych z powodu przepukliny pachwinowej.

Materiał i metody: Badaniem objęto wybranych 500 chorych (włącznie mężczyzn) operowanych w tutejszym oddziale z powodu przepukliny pachwinowej od stycznia 2006 do grudnia 2012 r. Do badań wykorzystano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI C.D. Spielberga. Pomiaru lęku dokonywano jeden dzień przed zabiegiem operacyjnym i w trzeciej dobie po zabiegu.

Wyniki: Obserwowano spadek poziomu lęku po zabiegu operacyjnym.

Wnioski: Stan lęku przed zabiegiem był uwarunkowany osobowością.

Słowa kluczowe: lęk, przepuklina pachwinowa.

ABSTRACT

Introduction: The surgical procedure and the related needs to stay in hospital for the majority of patients is associated with a lot of strong emotions and very high level of stress. Each surgery will violate the balance of the body. The effects are not always predictable and because of their close relationship to the life and health, which are the basic good



cause strong emotions such as anger, anxiety, fear, sadness, helplessness or fear.

Purpose: Assessment of the level of anxiety in patients undergoing inguinal hernia.

Material and methods: 500 patients (men) were operated in our ward because of the inguinal hernia from January 2006 to December 2012. The study used Inventory of State and Trait Anxiety STAI CD Spielberger. The measurement of anxiety were made one day before surgery and the third postoperative day.

Results: It was observed decrease in the level of anxiety after surgery.

Conclusions: State anxiety before surgery was conditioned personality

Key words: anxiety, inguinal hernia.

results show a low awareness of the patients in the surgery. Efforts should be made to develop a model of education for patients treated for those diseases.

Key words: varicose veins, resignation of surgical treatment.

V-00193

REKONSTRUKCJA ROZLEGŁEGO UBYTKU ŚCIANY JAMY BRZUSZNEJ Z UŻYCIEM BEZKOMÓRKOWEJ AORTY ŚWIŃSKIEJ WYSIANEJ MEZENCHYMALNYMI KOMÓRKAMI MACIERZYSTYMI – BADANIE PRZEPROWADZONE NA MODELU SZCZURZYM

Arkadiusz Jundziłł^{1,2}, Maciej Nowacki¹, Łukasz Nazarewski³, Tomasz Kloskowski¹, Joanna Skopińska-Wiśniewska⁴, Magdalena Bodnar⁵, Aleksander Łukasiewicz^{1,6}, Andrzej Kotela⁷, Sławomir Nazarewski³, Marta Pokrywczyńska¹, Andrzej Marszałek⁵, Tomasz Drewa^{1,8}

¹Zakład Inżynierii Tkankowej *Collegium Medicum*, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza w Bydgoszczy

³Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

⁴Zakład Chemii i Fotochemii Polimerów, Wydział Chemii, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej, Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁶Oddział Chirurgii Naczyń Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu

⁷Katedra Ortopedii i Rehabilitacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

⁸Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Miejskiego w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp: Przepukliny brzuszne są nadal trudnym i złożonym problemem klinicznym na całym świecie. Do tej pory wprowadzono wiele różnych technik i materiałów celem ich zaopatrzenia. Najbardziej rozpowszechnioną techniką rekonstrukcji powłok jamy brzusznej jest technika beznapięciowa z użyciem siatki polipropylenowej. Niestety metoda ta posiada wiele ograniczeń i niedoskonałości.

Cel: Celem tego badania była ocena rekonstrukcji ściany jamy brzusznej szczura za pomocą bezkomórkowej aorty świnińskiej wysianej tłuszczowymi mezenchymalnymi komórkami macierzystymi MSC (*Mesenchymal Stromal Cells*) szczura.

Materiał i metody: U dwudziestu jeden 10-tygodniowych szczurów rasy Wistar wytworzono ubytek w ścianie jamy brzusznej o wielkości 3 cm x 2 cm. W grupie I wykonano rekonstrukcję powłok przy pomocy 7 aort acelularnych wysianych komórkami MSC. W grupie II powłoki rekonstruowano acelularną aortą świnińską. W grupie III – kontrolnej, ubytek ściany jamy brzusznej zaopatrzone standardową siatką polipropylenową. Czas obserwacji wynosił 6 miesięcy. Preparaty poddano ocenie morfologicznej, histopatologicznej i immunohistochemicznej. Właściwości mechaniczne zostały zbadane przy pomocy tensiometru Z0.5 (Zwick & Roell).

Wyniki: Najsilniejszą angiogenezę przy najmniejszym odczynie zapalnym zaobserwowano w grupie I. Średnia gęstość kapilar w grupie I, II i III wynosiła odpowiednio: 2,75, 0,75 i 1,53. Odczyn zapalny wynosił 0,29, 1,39 i 2,72, odpowiednio w grupie I, II i III. Średnia wytrzymałość matryc wynosiła: 12,74 ± 1,48, 7,27 ± 1,56, 14,4 ± 3,7 N/cm, odpowiednio w grupie I, II i III.

Wnioski: Matryce wysiane komórkami MSC mają lepsze właściwości mechaniczne niż przeszczepy bezkomórkowe, natomiast posiadają gorsze właściwości mechaniczne w porównaniu z siatkami polipropylenowymi. Komórki MSC poprawiają właściwości mechaniczne i fizjologiczne naturalnych wzrostowań acelularnych. W grupie III obserwowano największą liczbę zrostów otrzewnowych według skali Jenkinsa.

Słowa kluczowe: rekonstrukcja ściany jamy brzusznej, mezenchymalne komórki macierzyste, bezkomórkowa aorta świnińska.

V

V-00183

PRZYCZYNY REZYGNACJI PACJENTÓW Z LECZENIA OPERACYJNEGO ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH W BADANIACH WŁASNYCH

Renata Chrzan, Tomasz Kulpa

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Głównym sposobem leczenia przewlekłej niewydolności żyłnej w fazie zaawansowanej jest zabieg operacyjny. Pomimo istnienia wskazań do zabiegu duża grupa chorych nie wyraża zgody na operację.

Cel: Analiza przyczyn braku zgody na leczenie zabiegowe.

Materiał i metody: Analizowano grupę 100 pacjentów (60 kobiet i 40 mężczyzn) leczonych w tutejszej poradni przyszpitalnej z powodu przewlekłej niewydolności żyłnej w stopniach zaawansowania choroby II–V. U wszystkich chorych istniały wskazania do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Trzydziestu pacjentów nie chciało się operować. Wykonano badanie ankietowe w celu ustalenia przyczyn odmowy.

Wyniki: Główne powody rezygnacji z zabiegu operacyjnego to: obawa pojawienia się powikłań (87%), obawa nawrotu choroby (45%), małe nasilenie dolegliwości (35%), strach przed długotrwałą rekonwalescencją (31%), obecność innych chorób (12%), niewiara w trwałą poprawę (28%) oraz zła opinia związana z postępowaniem zabiegowym (19%).

Wnioski: Pacjenci prezentowali negatywne nastawienie do leczenia operacyjnego, biorąc pod uwagę opinię znajomych lub rodziny. Wiadomości dotyczące możliwości leczenia operacyjnego żyłaków kończyn dolnych pochodziły z Internetu, prasy kobiecej, programów radiowych i telewizyjnych. Uzyskane wyniki ukazują niską świadomość chorych w zakresie leczenia operacyjnego. Należy dołożyć starań w celu wypracowania modelu edukacyjnego dla pacjentów leczonych z powodu chorób flebologicznych.

Słowa kluczowe: żyłaki kończyn dolnych, rezygnacja z leczenia operacyjnego.

ABSTRACT

Introduction: The main way to treat chronic venous insufficiency in the advanced stage is the surgery. Although there are indications for surgery a large group of patients did not consent to the operation.

Purpose: Analyze the causes of the lack of consent to treatment treatment.

Material and methods: We analyzed a group of 100 patients (60 women and 40 men) treated in our ward because of chronic venous disease in stages II–V. In all cases there were indications to perform surgery. Thirty patients did not want to operate. It was performed a survey to determine the reasons for refusal.

Results: The main reasons for the cancellation of an operation is: fear the emergence of complications (87%), a fear of recurrence (45%), low severity of symptoms (35%), fear of long convalescence (31%), the presence of other diseases (12%), to believe in a lasting improvement (28%) as well as the stigma associated with the treatment procedure (19%).

Conclusions: Patients presented a negative attitude to the surgical treatment, taking into account the opinion of friends or family. News about the possibility of surgical treatment of varicose veins come from the Internet, women's magazines, radio and television programs. The

ABSTRACT

Introduction: Ventral hernia continues to be a fundamental and challenging clinical problem for surgeons worldwide. Many techniques and different materials have been introduced for ventral hernia repair. Tension-free closure of the abdominal wall with prosthetic mesh material is the most commonly performed procedure however this method confront many limitations and restrictions.

Purpose: The aim of this study was evaluate an abdominal wall reconstruction using an acellular porcine vascular graft seeded with MSC (Mesenchymal Stem Cells) on rat model.

Material and methods: Abdominal wall defect was prepared (3 cm x 2 cm) in 21, 6-week old Wistar rats. Acellular porcine-vascular grafts taken from aorta and prepared with Triton X were used. 14 aortic grafts were implanted in place, of which 7 grafts were seeded with rat MSC cells (Group I), and 7 were acellular grafts (Group II). As a control 7 standard polypropylene meshes were used for defect augmentation. The assessment method was performed by HE and CD31 staining after 6 months. The mechanical properties have been investigated by Zwick&Roell Z0.5.

Results: The strongest angiogenesis and lowest inflammatory response was observed in Group I. Average capillaries density was 2.75, 0.75, 1.53 and inflammatory effect was 0.29, 1.39, 2.72 for Group I, II and III respectively. The mean of mechanical properties were: 12.74 ±1.48, 7.27 ±1.56, 14.4 ±3.7 N/cm in group I, II and control, respectively.

Conclusions: Cell seeded grafts have better mechanical properties than acellular grafts, but worse than polypropylene mesh. Cells improved mechanical and physiological properties of decellularized natural scaffolds. In Group reconstructed with polypropylene mesh adhesions were observed in all cases, their quality was the biggest by Jenkins scale from all tested groups.

Key words: abdominal wall reconstruction, acellular tissue matrix, MSC cells, porcine aortic grafts.

Wnioski: Gastroskopia w szpitalu rejonowym, nawet o profilu gastrologicznym, nie spełniają kryteriów SAGES i nie dają obiektywnych dowodów koniecznych do operacji GERD.

Słowa kluczowe: gastroskopia, choroba refluksowa, fundoplikacja.

ABSTRACT

Introduction: According to the guidelines of The Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (2010): 1. Surgical treatment of a gastroesophageal reflux disease absolutely demands providing an objective documentation for the disease. 2. Gastroscopy is the only necessary examination to do the operation. 3. Diagnosed mucosa damage (according to the scale) is the objective proof of GERD 4. The lack of this confirmation needs further examination. In the small-town hospitals to qualify patient for the surgical treatment an appropriate gastroscopy and anamnesis is needed.

Purpose: The evaluation of a diagnostic efficiency and a possibilities of surgical treatment of GERD in small-town hospitals

Material and methods: Two gastroscopy descriptions from two different local hospitals (I and II) were compared during one year period. I/ Internal Ward partly oriented to gastrology. The researches were made by gastroenterologists. The hospital without the Surgical ward. II/ The hospital with Surgical Ward, in which the laparoscopy was made. The researches were made mainly by the surgeons. The employment of the scales recommended by SAGES, for inflammatory changes (Los Angeles Scale) as well as Hill's scale for cardia leakage was evaluated. In the first group 668 researches were evaluated, in the second one 891.

Results: In the I group oesophagitis was found in 42 patients (6.29%), erosions in 43 (6.44%), hernia in 50 (7.49%), cardia loose in 329 (49%). The Los Angeles and Hill's scale were not applied among examined patients. None of the patients were referred to surgical treatment. In the II group hernia or cardia loose were found in 361 patients (40,5%) and was evaluated within this group with Hill's scale in 231 (26%) patients. Oesophagitis was found in 258 (29%) patients and 251 (28%) patients was evaluated according to the LA scale, 79 (8.9%) patients were referred to surgical treatment.

Conclusions: Gastrosopies performed in the small-town hospitals even with a gastrology profile do not fulfill the SAGED criteria and do not supply objective evidences to GERD surgical treatment.

Key words: gastroskopy, fundoplikation, GERD.

V-00196

BŁĘDY DIAGNOSTYKI CHOROBY REFLUKSOWEJ. PUNKT WIDZENIA CHIRURGA

Jozef Dzielicki¹, Stanislaw Czudek¹, Agnieszka Pawełek², Adam Dzielicki¹

¹Szpital św. Rocha, Ozimek

²II Oddział Wewnętrzny Szpitala w Tarnowskich Górach

STRESZCZENIE

Wstęp: Zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Gastroenterologicznych (SAGES 2010): 1. Chirurgiczne leczenie choroby refluksowej wymaga obowiązkowo obiektywnego udokumentowania choroby. 2. Gastroskopia jest jedynym badaniem nieodzownym u wszystkich poddanych operacji. 3. Stwierdzenie uszkodzeń śluzówki (wg skal) to obiektywny dowód GERD. 4. Brak tego potwierdzenia wymusza dalsze badania. Praktycznie więc podstawą kwalifikacji pacjentów do leczenia operacyjnego w ośrodkach prowincjonalnych pozostaje wywiad oraz adekwatna gastroskopia.

Cel: Ocena wydolności diagnostycznej i możliwości leczenia operacyjnego choroby refluksowej w ośrodkach powiatowych.

Materiał i metody: Porównano opisy gastroskopii w dwóch różnych (I i II) szpitalach rejonowych w okresie jednego roku. I – oddział wewnętrzny częściowo sprofilowany na gastrologię. Badania wykonywali gastrologi. Szpital bez oddziału chirurgicznego. II – szpital posiadający oddział chirurgiczny, w którym wykonywano laparoskopie. Badania wykonywali głównie chirurdzy. Oceniono stosowanie sugerowanych przez SAGES skal dla oceny zmian zapalnych (skala Los Angeles) oraz skali Hilla dla oceny nieszczelności wpustu. W grupie I oceniono 668 badań w grupie II 891.

Wyniki: W grupie I stwierdzono zapalenie przełyku u 42 (6,29%), nadżerki u 43 (6,44%), przepuklinę u 50 (7,49%), „nieszczelne wpusty” u 329 (49%). U żadnego z badanych nie zastosowano skali Los Angeles oraz Hilla. Żaden pacjent nie został skierowany do leczenia operacyjnego. W grupie II u 361 (40,5%) stwierdzono przepuklinę lub nieszczelność wpustu które oceniono wg skali Hilla u 231 (26% %), u 258 (29%) rozpoznano zapalenie przełyku u 251 (28%) zastosowano skalę LA, 79 (8,9%) skierowano do leczenia operacyjnego.

V-00197

OPTIMALIZACJA TECHNIKI LAPAROSKOPOWEJ FUNDOPLIKACJI NA PODSTAWIE WŁASNEGO DOŚWIADCZENIA

Jozef Dzielicki¹, Stanislaw Czudek¹, Grzegorz Nocoń², Adam Dzielicki¹

¹Szpital św. Rocha, Ozimek

²Szpital w Knurowie

STRESZCZENIE

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

Cel: Ocena, na podstawie własnego doświadczenia, wartości różnych technik fundoplikacji i ich wpływu na wyniki.

Materiał i metody: 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 738 fundoplikacji jednolitą techniką opartą na założeniu Toupeta z minimalną dysekcją okolicy wpustu i zszyciem odnóg „grupa B”. Porównano czas wykonywania zabiegu oraz efekty leczenia, tj. cofnięcie objawów GERD, oraz zdarzenia niepożądane, takie 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. 45 min, cofnięcie objawów GERD: „grupa A” – 1054 (95,7%), „grupa B” 736 (99,7%), przejściowe zaburzenia połykania „grupa A” – 110 (10%), „grup B” – 5 (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” – 0, nawrót przepukliny „grupa A” – 8 (0,7%) „grupa B” – 0.

Wnioski:

1. Fundoplikacja, niezależnie od techniki operacyjnej, daje korzystne efekty terapeutyczne GERD.
2. Minimalna dysekcja okolicy wpustu wydaje się zmniejszać pooperacyjne zdarzenia niepożądane oraz skraca czas zabiegu.

Słowa kluczowe: laparoscopia, fundoplikacja, refluks przełykowy.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic fundoplication has become the most commonly used procedure in the surgical treatment of patients with severe and well documented GERD. Although many research publications indicate the same therapeutic effect of complete and partial fundoplication, technical details and experience can have influence on the therapeutic results.

Purpose: To determine, on the own experience, the value of different techniques of the fundoplication and their influence on therapeutic benefit.

Material and methods: Between 1996-2008 – 1101 fundoplications were performed with different techniques (1002 Toupet with short gastric vessels division, 44 Nissen, 55 Nissen- Rosetti) “Group A”. Since 2009 – 738 fundoplications were performed using the Tuopet’s technique with minimal dissection and crural repair. “group B”. The following data were compared: operative time, loss of GERD symptoms, as well as adverse reactions such as: persistent or transient dysphagia, intestinal disturbances, gerd or hernia recurrences.

Results: There were no deaths in both groups. Operation time: “group A” 45-120, mean 60 min., “group B” 25-100, mean 45 min., loss of GERD symptoms “group A” – 1054 (95.7%), “group B” 736 (99.7%), transient dysphagia “group A” – 110 (10%), “group B” – 5 (0.7), persistent dysphagia requiring relaparoscopy “group A” – 2 (one in other hospital), “group B” 2 (one with excellent result, with psychical discomfort), intestinal disturbances (transient diarrhea, bloating) “group A” 65 (6%), “group B” – 0, hernia recurrence “group A” 8 (0.7%), “group B” – 0.

Conclusions:

1. Fundoplication, independently of surgery technique is an effective therapeutic procedure in GERD.
2. Minimal dissection technique minimized postoperative disturbances and shortens operative time.

Key words: laparoscopy, fundoplication, GERD.

wynika z nieskuteczności medycyny oficjalnej w leczeniu raka, 29% oceniło, że medycyna naturalna jest pozbawiona skutków ubocznych, a 7% nie uznało popularności medycyny naturalnej. Pacjenci podali najskuteczniejsze według siebie formy medycyny naturalnej: dla 42% była to homeopatia, dla 35% ziołolecznictwo, dla 33% bioenergoterapia. Urynoterapię, psychoterapię, akupunkturę, hipnozę i medytację wskazało po 5% ankietowanych.

Wnioski: Większość chorych uważa, że medycyna naturalna jest skuteczna w leczeniu raka, a jej popularność wynika z nieskuteczności medycyny oficjalnej w leczeniu onkologicznym. Wykształcenie, płeć i wiek nie miały wpływu na poglądy chorych.

Słowa kluczowe: medycyna alternatywna, onkologia.

ABSTRACT

Introduction: Alternative medicine treatment are not considered (f.ex. bioenergoterapy) or poorly accepted by medicine based on scientific research. We observed a great interest in natural medicine due to the ineffectiveness of official medicine in the treatment of many diseases.

The aim of this study was to identify the opinions of patients treated for cancer, what do they think about the use of natural medicine in the treatment.

Material and methods: The study included 100 randomly selected patients (50 men and 50 women) aged 35-89 years treated for oncological reasons in the local unit in the period January 2010 – December 2012. Patients filled out an anonymous questionnaire containing the author’s questions about age, gender, education and the use of natural medicine to palliative care.

Results: Primary education reported 39% of respondents professional – 24%, 25% secondary school education-and higher – 12%. 88% of patients felt that natural medicine can be effective in the treatment of cancer, 15% did not know whether it is effective or not, 6% said that it is not effective. 97% believed that the popularity of alternative medicine due to the ineffectiveness of official medicine in the treatment of cancer, 29% said that the natural medicine is devoid of side effects, and 7% did not report popularity of natural medicine. The most effective forms of natural medicine for patients: for 42% it was homeopathy, herbal medicine for 35%, for 33% of bioenergoterapy. Urine therapy, psychotherapy, acupuncture, hypnosis and meditation indicated 5% of the respondents.

Conclusions: Most people believe that natural medicine is effective in the treating of cancer, and its popularity is due to the ineffectiveness of official medicine in cancer treatment. Education, gender, and age did not affect the views of patients.

Key words: alternative medicine, oncology.

V

V-00201

ROLA MEDYCYN Y NATURALNEJ W LECZENIU W OPINII PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

Tomasz Kulpa

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka, (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Medycyna alternatywna to metody leczenia nieuznane (np. bioenergoterapia) lub słabo akceptowane przez medycynę opartą na badaniach naukowych. Obecnie obserwujemy duże zainteresowanie medycyną naturalną spowodowane nieskutecznością oficjalnej medycyny w leczeniu wielu chorób.

Celem pracy było poznanie opinii chorych leczonych z powodów onkologicznych na temat stosowania medycyny naturalnej w leczeniu.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 losowo wybranych chorych (50 mężczyzn i 50 kobiet) w wieku 35–89 lat leczonych z powodów onkologicznych w tutejszym oddziale w okresie styczeń 2010 r. – grudzień 2012 r. Chorzy wypełniali autorską anonimową ankietę zawierającą pytania odnośnie do wieku, płci, wykształcenia i dotyczące stosowania medycyny naturalnej w leczeniu paliatywnym.

Wyniki: Wykształcenie podstawowe podało 39% badanych, zawodowe – 24%, średnie – 25%, wyższe – 12%. 88% pacjentów uznało, że medycyna naturalna może być skuteczna w leczeniu chorób nowotworowych, 15% nie wiedziało, czy jest skuteczna czy nie, 6% uznało, że nie jest skuteczna. 97% uznało, że popularność medycyny alternatywnej

V-00202

ZALEŻNOŚĆ POMIĘDZY WYSTĘPOWANIEM RAKA JELITA GRUBEGO A NAWYKAMI ŻYWIENIOWYMI

Renata Chrzan, Tomasz Kulpa

Oddział Chirurgii Ogólnej II, DCMR im. T. Marciniaka (d. Szpital Kolejowy), Wrocław

STRESZCZENIE

Wstęp: Naukowcy dowodzą, że nadwaga, otyłość, aflatoksyny, nadużywanie soli, duże ilości konserwowego mięsa i tłuszcze nasycone obecne w naszej diecie zwiększają ryzyko rozwoju raka. Nadużywanie alkoholu z jednoczesnym paleniem tytoniu zwiększa to ryzyko pięciokrotnie.

Cel: Ocena stanu wiedzy pacjentów operowanych z powodu raka jelita grubego na temat prawidłowego żywienia.

Materiał i metody: Badaniem objęto losowo wybranych 50 mężczyzn i 50 kobiet w wieku 52–88 lat operowanych w okresie od 01.2011 r. do 12.2012 r. Wypełniano z pacjentami autorską, anonimową ankietę zawierającą pytania odnośnie do stosowanych nawyków żywieniowych: częstotliwości spożywania warzyw i owoców, nabiału, ryb, produktów zbożowych, tłuszczów roślinnych i zwierzęcych, czerwonego i białego mięsa, wędlin, słodczy, picia czerwonego wina, piwa, wysokoprocenowych alkoholi, kawy, herbaty, wody mineralnej i soków. Pytania dotyczyły także znajomości diety antynowotworowej, wagi, palenia tytoniu.

Wyniki: 87% pacjentów deklarowało częste spożywanie wędlin, 88% bardzo często jadło czerwone mięso, 62% często piło piwo, 87% często piło herbatę, 89% bardzo często piło kawę, 68% spożywało bardzo często tłuszcze zwierzęce, 78% bardzo często spożywało słodczyce, 77% deklarowało dość częste picie wysokoprocentowych alkoholi, 54% rzadko spożywało owoce, 51% rzadko spożywało warzywa, 59% rzadko spożywało ryby, 52% często spożywało nabiał, 47% rzadko spożywało produkty zbożowe, 51% rzadko spożywało tłuszcze roślinne, 42% często jadło białe mięso, czerwone wino piło 8% chorych, soki piło 12% pacjentów, a wodę mineralną 7%. Znajomość diety antynowotworowej deklarowało zaledwie 21% chorych. 53% paliło tytoń, nadwagę do czasu rozpoznania choroby deklarowało 73%, a otyłość 20%.

Wnioski: Znacząca większość źle się odżywia. Jadła zbyt dużo wędlin i czerwonego mięsa oraz tłuszczów zwierzęcych, słodczy, wysokoprocentowych alkoholi, piwa, kawy i herbaty. Spożycie owoców, warzyw, soków, ryb, produktów zbożowych, nabiału, wody mineralnej i soków było zbyt małe. Przed rozpoznaniem choroby większość miała nieprawidłową wagę. Znajomość diety antynowotworowej jest znikoma. Prawidłowe żywienie jest ważne w profilaktyce choroby, dlatego należy wcześniej uświadamiać pacjentów.

Słowa kluczowe: nawyki żywieniowe, rak jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: Epidemiological studies have shown that overweight, obesity, aflatoxin, excessive salt, large quantities of canned meat and saturated fats present in our diet increases the risk of cancer. Alcohol abuse while smoking increases the risk fivefold.

Aim of this study was to assess the state of the patients operated for colon cancer about proper nutrition.

Material and methods: The study included, randomly selected, 50 men and 50 women aged 52-88 years operated in the period from January 2011 to December 2012. Authors, anonymous questionnaire was filled with patients, containing questions about their eating habits: frequency of consumption of fruits and vegetables, dairy, fish, cereals, vegetable and animal fats, red and white meat, meats, sweets, drinking red wine, beer, spirits and liqueur, coffee, tea, mineral water and juices, questions related to the knowledge of the anti-cancer diet, weight, smoking.

Results: 87% of patients declared frequent consumption of meat, 88% ate very often red meat, 62% often drank beer, 87% often drank tea, 89% very often drank coffee, 68% consumed very common animal fats, 78% very often consumed sweets, 77% said fairly frequent drinking high-proof alcohol, 54% rarely consumed fruits, 51% rarely consumed vegetables, 59% rarely consumed fish, 52% frequently consumed dairy products, 47% rarely consumed cereals, 51% rarely consumed vegetable fat, 42% ate often white meat, red wine drank 8% of patients, juice drank 12% of patients and 7% of them bottled water. Knowledge of anti-cancer diet declared only 21% of patients. 53% of patients were active smokers, overweight by the time the diagnosis was declared by 73% and 20% obese.

Conclusions: Patients in the vast majority had incorrectly diet. They ate too much meat and red meat and animal fats. In addition, they consumed too much sweets, high-proof spirits, beer, coffee and tea. Consumption of fruits, vegetables, juices, fish, cereals, dairy products, mineral water and juice was too small. Before the diagnosis their weight was incorrect. Knowledge of anti-cancer diet is negligible. Proper nutrition plays an important role in prevention of disease, it is important to make early awareness of patients.

Key words: eating habits, colon cancer.

V-00203

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF VIDEOLAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS OF DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY ORGANS

Taras Babyak¹, Yaroslav Havrysh², Andriy Chykailo²

¹Department of Surgery № 1, Danylo Halytsky National Medical University in Lviv, Ukraine

²Department of Surgery № 2, Regional Clinical Hospital in Lviv, Ukraine

ABSTRACT

Introduction: Despite the existence of wide spectrum of laboratory investigations and radiological imaging, timely diagnosis of a number of diseases of the abdominal cavity organs as well as the necessity of morphological verification of pathological changes often require the usage of videolaparoscopy.

Purpose: Analysis of results of diagnostic laparoscopy (DL) in verification of benign and malignant diseases of abdominal cavity organs.

Material and methods: The research is based on analysis of DL results of 115 patients from the Department of Surgery № 2 of the Lviv Regional Clinical Hospital. Indications for DL included the following: difficulty in determining the diagnosis due to disparity of disease symptoms, the patient's condition and results of laboratory and instrumental tests; morphological examination of biopsy samples and biochemical analysis of the fluid from the abdominal cavity; determination the stage of a malignant neoplasm and the patient's operability.

Results: Benign diseases were diagnosed in 73 (63.5%) patients, among them acute abdominal pathology was determined in 38 (52.0%) patients: acute pancreatitis in 20 (17.4%), hepatic cirrhosis in 10 (8.7%), gynecological diseases in 9 (7.8%), thrombosis of mesenteric vessels in 6 (5.2%), acute appendicitis in 6 (5.2%), adhesive disease in 6 (5.2%), etc. Malignant diseases were verified in 42 (36.5%) patients, in particular – gastric cancer in 12 (10.4%), canceromatosis with unknown primary focus of destruction in 8 (6.9%), pancreatic cancer in 6 (5.2%). Other diseases from this group included gynecological pathology, large intestinal tumor, primary and metastatic hepatic cancer, neoplasm of extraperitoneal area, gallbladder tumors, hepatic carcinoid and duodenal cancer. Diagnosis at the primary examination stage before laparoscopy did not correspond to one determined after the invasion in 34 (29.6%) patients.

Conclusions: Videolaparoscopy is one of the methods of choice in complex diagnostic algorithm in case of abdominal pathology, since it reliably enables to objectify transformations in the abdominal cavity, obtain material for histological and biochemical tests as well as outline the further treatment tactics.

Key words: diagnostic laparoscopy.

V-00204

BRODAWCZAK WEWNĄTRZPRZEWODOWY SUTKA ROZPOZNANY W BIOPSIJ MAMMOTOMICZNEJ

Wojciech Kibil¹, Diana Hodorowicz-Zaniewska¹, Tadeusz J. Popiela², Joanna Szpor³, Jan Kulig¹

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

²Katedra Radiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³Katedra Patomorfologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

STRESZCZENIE

Wstęp: Brodawczak wewnątrzprzewodowy piersi jest łagodnym nowotworem, który wymaga weryfikacji histopatologicznej ze względu na ryzyko współistnienia procesu złośliwego.

Cel: Celem pracy jest ocena wartości biopsji mammotomicznej (BM) w diagnostyce i leczeniu brodawczaków wewnątrzprzewodowych piersi oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy zastosowanie BM pozwala uniknąć zabiegu chirurgicznego w tej grupie chorych.

Materiał i metody: W latach 2000–2011 wykonano łącznie 2246 biopsji mammotomicznych, w tym 1495 pod kontrolą ultrasonografii i 751



pod kontrolą mammografii (stereotaktycznych). U 76/2246 pacjentek (3,4%) w badaniu histopatologicznym rozpoznano brodawczaka wewnątrzprzewodowego. Wiek chorych w badanej grupie wahał się od 19 do 88 lat, średnia 51,5 roku.

Wyniki: W 16/76 przypadków (21,0%) stwierdzono towarzyszące brodawczakom zmiany o charakterze atypowej hiperplazji. Po otwartej biopsji chirurgicznej, którą wykonano u tych pacjentek, w 3 przypadkach rozpoznano raka inwazyjnego. U pozostałych 60/76 kobiet (79,0%) w materiale biopsyjnym rozpoznano łagodną postać brodawczaka. W tej grupie, poddanej obserwacji, nie stwierdzono nawrotu zmiany ani transformacji złośliwej.

Wnioski: Biopsja mammotomiczna jest małoinwazyjną i wydolną metodą, która z powodzeniem może być wykorzystywana w diagnostyce brodawczaków wewnątrzprzewodowych piersi. Przy rozpoznaniu zmiany łagodnej można wg opinii autorów odstąpić od zabiegu operacyjnego pod warunkiem stałych, okresowych kontroli. Natomiast stwierdzenie w badaniu histopatologicznym brodawczaka z cechami atypowej hiperplazji jest wskazaniem do otwartej biopsji chirurgicznej.

Słowa kluczowe: biopsja mammotomiczna, brodawczak wewnątrzprzewodowy piersi.

ABSTRACT

Introduction: Intraductal papilloma is a benign breast tumor which needs histopathological verification because of the risk of cancer coincidence.

Purpose: The aim of the study was to assess the value of the mammography-guided and ultrasound-guided vacuum-assisted core biopsy in the diagnosis and treatment of intraductal papillomas of breast and to answer the question if mammocone biopsy allows to avoid surgery in these patients.

Material and methods: Material and methods. In the period 2000-2011, a total of 2246 vacuum-assisted core biopsies were performed, of which 1495 were ultrasound-guided and 751 were mammography-guided (stereotaxic). In 76/2246 patients (3.4%), aged 19-88 years (mean age was 51.5) histopathological examination confirmed intraductal papilloma.

Results: Atypical lesions were accompanying intraductal papilloma in 16/76 cases (21%). Open surgical biopsy performed in these group revealed invasive cancer in 3 women. In all 60 cases (79%) with benign papilloma in biopsy specimens, further clinical observation did not show recurrence or malignant transformation of lesions.

Conclusions: Mammocone biopsy is a minimally invasive and efficient method used for diagnosing intraductal papilloma of the breast. If histopathological examination confirms a benign character of the lesion, surgery may be avoided but regular follow-up is recommended. However, in all cases histopathological diagnosis of papilloma with atypical hyperplasia, should always be indication for surgical excision.

Key words: mammocone biopsy, intraductal papilloma of the breast, intraductal papilloma of the breast.

V-00205

PRIMARY SMALL CELL CARCINOMA OF THE TRANSVERSE COLON: A REPORT OF AN AUTOPSY CASE

Shinobu Honda, Hiroshi Kaneda

Department of Surgery, Nishinon Hospital, Kumamoto, Japan

ABSTRACT

A 67-year-old woman was diagnosed transverse colon cancer with synchronous multiple liver metastases. After palliative resection of primary tumor of the colon, the tumor was pathologically diagnosed small cell carcinoma (SmCC), and then chemotherapy regimen including bevacizumab and irinotecan was introduced as the first-line regimen followed by oxaliplatin containing one. The patient died for hepatic failure 13 months after diagnosis, and then autopsy was conducted. The findings in an autopsy revealed that tumor cells metastasized to multiple organs including liver, bilateral lung, spleen, left adrenal gland, gallbladder, pancreas, diaphragm, and para-aortic and hilum of lung lymph nodes. Colorectal SmCC is a quite rare tumor with a very aggressive course and treatment strategies or regimens of chemotherapy have not yet confirmed. In this case, chemotherapy regimens that were recently established for

colorectal adenocarcinoma had been used and provided relatively good survival duration, although viable metastatic tumor cells in multiple organs were found by autopsy. It is speculated that standard chemotherapy regimens for colorectal adenocarcinoma are also possible to become good options for colorectal small cell carcinoma.

V-00206

RESECTION OF SOLITARY METACHRONOUS LYMPH NODE METASTASIS FROM HEPATOCELLULAR CARCINOMA FOLLOWING TRANSARTERIAL CHEMOTHERAPY WITH CISPLATIN: A CASE REPORT

Tomoharu Kurokawa, Tadatashi Takayama, Shintaro Yamazaki, Takao Ohkubo

Department of Digestive Surgery, Nihon University School of Medicine, Tokyo, Japan

ABSTRACT

A 74-year-old woman was found to have a 40-mm liver tumor (in segment VIII) by ultrasonography and was diagnosed with hepatocellular carcinoma (HCC). She underwent liver resection and was stably followed up without recurrence for 19 months. And a 45-mm extrahepatic tumor was found with the follow-up enhanced computed tomography and was diagnosed as being a metachronous lymph node (LN) metastasis. Angiography revealed that the LN metastasis was fed by both the right and left gastric arteries. Transarterial infusion chemotherapy with cisplatin was scheduled to control LN metastasis. Blood alteration using coil embolization was performed to isolate the feeding arteries before transarterial chemotherapy with cisplatin. The patient was stably treated with this chemotherapy for 6 months (3 times) and no new intra- or extrahepatic metastatic lesions appeared during the chemotherapy. The LN metastasis was no change. The patient subsequently underwent systematic LN dissection of the celiac axis to the proper hepatic artery. She was successfully treated, and has remained recurrence-free for almost 5 years after the LN dissection.

V-00207

MIKRORAK BRODAWKOWATY TARCZYCY ROZPOZNANY PO OPERACJI WOLA WIELOGUZKOWEGO – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Tadeusz Łukieńczyk, Krzysztof Kaliszewski, Paweł Domosławski, Krzysztof Sutkowski, Beata Wojtczak

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Wstęp: Szczególną postacią raka brodawkowego tarczycy jest guz o wymiarze nieprzekraczającym 10 mm, określane jako mikrorak (PTMC). Rozpowszechnienie nowoczesnych badań diagnostycznych: USG, TK, biopsji cienkoigłowej, oraz postęp w ocenie histopatologicznej tkanek spowodowały nagły wzrost rozpoznania PTMC. W większości przypadków PTMC rokowanie jest dobre, jakkolwiek mogą się pojawić zmiany bardziej agresywne z przerzutami regionalnymi i odległymi. W literaturze toczy się dyskusja nad strategią postępowania w przypadkach PTMC, szczególnie gdy rozpoznanie otrzymuje się po operacji łagodnych schorzeń tarczycy. Powstaje wtedy pytanie, czy rodzaj zabiegu był wystarczający lub czy wykonać reoperację.

Celem pracy było przedstawienie własnych przypadków incydentalnie wykrytych PTMC i analiza wykonanych zabiegów operacyjnych.

Materiał i metody: W latach 2008–2012 wykonano 2312 operacji tarczycy, w tym 1732 (75%) operacje z powodu łagodnego wola guzkowego i 160 (6,9%) operacji z powodu nowotworów tarczycy. Dokonano analizy przypadków PTMC rozpoznanych po operacji wola wieloguzkowego oraz zwrócono uwagę na rodzaje wcześniej wykonanych operacji tarczycy.

Wyniki: Wśród 160 operowanych nowotworów tarczycy 131 przypadków (82%) stanowiły raki brodawkowe tarczycy. Po operacji wola guzkowego PTMC rozpoznano u 19 chorych (1,1%). U 6 chorych średnica PTMC wynosiła od 1 do 5 mm, a u 13 chorych od 6 do 10 mm (średnio 7 mm). Nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych ani przerzutów odległych. U 19 pacjentów z PTMC wykonano następujące rodzaje operacji wola guzkowego: obustronna resekcja subtotalna w 6 przypadkach, wycięcie całkowite jednego płata i subtotalne drugiego płata w 6 przypadkach i całkowite wycięcie tarczycy w 7 przypadkach.

Wnioski:

1. Incydentalny PTMC zdarza się rzadko.
2. W przypadkach wola wieloguzkowego rodzaj operacji należy dobierać indywidualnie.
3. PTMC wykryty po operacji wola – reoperacja w zależności od zakresu pierwotnej operacji i stopnia agresywności raka.
4. Całkowite wycięcie tarczycy w wolu wieloguzkowym powinno być częściej wykonywane w specjalistycznych ośrodkach chirurgicznych.

Słowa kluczowe: mikrorak tarczycy, wole wieloguzkowe, strumektomia.

ABSTRACT

Introduction: The special form of papillary thyroid carcinoma is the tumor which has up to 10 mm in dimension that is defined as papillary thyroid microcarcinoma (PTMC). Introduction of modern diagnostic technique: ultrasonography, fine needle aspiration biopsy and advance in histopathology caused sudden growth of PTMC diagnoses. Some of these tumors are diagnosed after surgical procedures performed due to benign thyroid lesions and so majority of PTMC cases have good prognosis, but of course there may occur more aggressive forms with regional and distant metastases. The current literature presents discussion about proper PTMC management especially in cases diagnosed after surgery. In such situations the question is, if extension of surgical procedure is sufficient or if the reoperation is essential.

Purpose: The aim of the study was to present own experience of PTMC cases diagnosed after thyroid surgery and analysis of the surgical procedures.

Material and methods: Material and methods: during 2008-2012 we performed 2312 thyroid surgeries with compounded 1732 (75%) operations performed due to simple goiter and 160 (6.9%) due to thyroid malignancy. We analysed PTMC cases diagnosed after goiter surgery considered types of surgical procedures.

Results: Among 160 thyroid malignant tumors 131 (82%) were papillary thyroid carcinomas. After multinodular goiter surgeries PTMC was recognized in 19 patients (1.1%). The patients were 44-77 years old, mean 58 years old. In 6 patients diameter of PTMC was 1 to 5 mm and in 13 cases 6 to 10 mm (mean 7 mm). No cases had either enlarged lymph nodes or distant metastases. 19 patients with PTMC diagnosed in goiter had following surgical procedures: bilateral subtotal lobes resection in 6 cases, ipsilateral total lobe resection with subtotal resection second lobe in 6 cases and total thyroidectomy in 7 cases.

Conclusions: 1. Incidental PTMC occurs rare. 2. In case of goiter surgery type of surgical procedure should be established individually. 3. PTMC discovered after the operation – redo operation depending on extension of the primary surgery and malignancy of the cancer. 4. Total thyroidectomy due to multinodular goiter should be performed in specialist surgical centres.

Key words: thyroid microcarcinoma, multinodular goiter, thyroidectomy.

V-00213

NOWA METODA ZAMKNIĘCIA JAMY BRZUSZNEJ

**Marek Pertkiewicz, Michał Ławiński,
Joanna Kaczanowska, Mohammad Omid,
Karol Forsyński**

Klinika Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Optymalna metoda zamknięcia jamy brzusznej jest ciągle przedmiotem debaty. W klasycznych metodach zamykania jamy brzusznej

szew otrzewnowy jest prowadzony na okrętkę, a powięź jest zeszywana szwem ciągłym lub szwami pojedynczymi lub też obie warstwy są zeszywane razem. Szew „na okrętkę” często rozrywa otrzewną, zwłaszcza gdy powłoki są słabe i/lub pod napięciem. Częstość wytrzewień wynosi 1–3%, a przepuklin pooperacyjnych 9–20%.

Celem pracy było przedstawienie i ocena skuteczności własnej metody zamykania jamy brzusznej.

Materiał i metody: Ciągły szew otrzewnowy wchłaniający typu Loop jest prowadzony podłużnie w osi rany, chwytając tylną blaszkę powięzi i otrzewną 1,5–2 cm od brzegów raz po jednej, a raz po drugiej stronie. Zwykle możliwe jest ściągnięcie szwu od jednego do drugiego bieguna rany, co stwarza „dachówkowate” złożenie blaszek otrzewnej. Powięź jest zeszywana „na okrętkę” zwykle tym samym szwem prowadzonym skośnie pod kątem 30°. W przypadku napięcia i ryzyka rozerwania rany dwa szwy prowadzi się równocześnie. Nie są stosowane szwy przez wszystkie warstwy. Po operacji ranę wzmacnia opatrunek antyewentracyjny z taśmą samoprzylepnej o szerokości 20 cm, a następnie do roku noszenie elastycznego pasa.

Wyniki: Metodę zastosowano u 400 kolejnych chorych, w większości reoperowanych w pierwotnie zakażonym polu. W żadnym przypadku nie doszło do wytrzewienia, w jednym przypadku powikłaniem było wytrzewienie podskórne związane z masywnym ropieniem rany. Częstość występowania przepuklin pooperacyjnych wyniosła 3,9% i była związana z nieprzestrzeganiem zaleceń (przerwa w noszeniu pasa). Dodatkową zaletą jest brak przyrostu jelit do linii szwów, co potwierdzono u chorych reoperowanych.

Wnioski: Wdrożona metoda zamykania jamy brzusznej jest skuteczna i tania. Wskazane jest przeprowadzenie prospektywnego badania klinicznego w celu potwierdzenia skuteczności metody.

Słowa kluczowe: zamknięcie jamy brzusznej.

ABSTRACT

Introduction: The optimal technique and suture material for abdominal wall closure is matter of debate. In classic methods abdominal wall closure is performed with peritoneal running stich (round seam) crosswise and fascia is closed with running or interrupted sutures or both layers are closed together. Peritoneal layer is often damaged. The reoperation for burst abdomen is estimated for 1-3% and incisional hernia rate 9-20%.

Purpose: The aim was to present and assess own method of abdominal wall closure.

Material and methods: Continuous peritoneal suture loop type is provided longitudinally 1.5-2 cm from the incision margin alternately on opposite wound sites and posterior fascia layer is grasped. When tighten, the wall is closed as a roof tilling. The fascia is sutured with running stich guided at 30°, usually with the same suture. When tension is higher, both sutures are provided simultaneously. All layers tension sutures are not used. Antieventration dressing with 20 cm width self-adhesive tape is applied and when skin sutures are removed, replaced by elastic belt.

Results: The method was used in 400 consecutive patients, most of them reoperated in primary infected field. There was one subcutaneous evisceration associated with wound infection. The rate of incisional hernia recurrence was 3.9% and was associated with broken prevention rules. Additional advantage was no visceral adhesions to the suture line, confirmed in reoperated patients.

Conclusions: The presented new method of abdominal wall closure is efficient and cheap. Multicenter PRCT is necessary for confirmation.

Key words: abdominal wound closure.

V-00214

POSZUKIWANIE KOMÓREK MACIERZYSTYCH NASKÓRKA

**Waldemar L. Olszewski, Anna Domaszewska-Szostek,
Beata Szymańska**

Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. Mirosława Mossakowskiego PAN

STRESZCZENIE

Wstęp: Udokumentowaliśmy, że ludzka skóra przechowywana w bezwodnym chlorku sodu przez miesiące, a następnie przeszczepiona do myszy SCID przyjmuje się (*Transplantation* 2006; 81: 1583-8). Powyższy



model pozwala na identyfikację komórek, które jako pierwsze przechodzą mitozę po kontakcie z biorcą. W związku z powyższymi obserwacjami nasuwa się pytanie, czy te komórki należą do populacji *spore-like stem cells*.

Cel: Identyfikacja komórek macierzystych keratynocytów w warstwie ziarnistej naskórka.

Materiał i metody: Fragmenty skóry ludzkiej z okolicy kończyn dolnych, pobrane podczas planowych operacji naczyniowych zostały umieszczone w sproszkowanym, bezwodnym chlorku sodu. Po okresie od 7 do 30 dni fragmenty skóry były ponownie uwadniane i po oddzieleniu naskórka izolowano keratynocyty, które następnie były hodowane od 7 do 21 dni. Żywotność KC była sprawdzana w teście CVT (Biotium). Ponadto dodawano BrdU do medium hodowlanego.

Wyniki: Morfologiczny kształt KC był całkowicie zachowany. Można było zidentyfikować komórki z wszystkich 5 warstw naskórka. Wśród całej populacji keratynocytów, pojedyncze duże komórki przypominające kształtem te z warstwy ziarnistej charakteryzowały się pełną aktywnością enzymatyczną. Jako jedyne komórki te wbudowywały BrdU. Konieczna jest dalsza identyfikacja tej populacji.

Wnioski: Przechowywanie KC w bezwodnym chlorku sodu nie zatrzymuje aktywności enzymatycznej pojedynczych komórek. Mogą one ulegać mitozom. Metoda ta może pomóc w identyfikacji KC o najwyższej zdolności proliferacyjnej, które mogą należeć do populacji tzw. *spore-like stem cells*.

Słowa kluczowe: komórki macierzyste.

ABSTRACT

Introduction: We documented that human skin preserved in anhydrous pulverized sodium chloride for months and transplanted to skin mice and humans is taken by the recipient (Transplantation 2006; 81: 1583-8). This model allowed to identify cells that first undergo mitosis.

Purpose: To identify keratinocyte stem cells in the corneal layer.

Material and methods: Fragments of normal human leg skin harvested during elective vascular surgery were preserved in anhydrous pulverized sodium chloride. After 7 to 30 days they were rehydrated, the epidermis was separated and KC were isolated. They were cultured for 7 and 21 days. Viability of cultured KC was tested in CVT assay (Biotium). BrdU was added to culture medium.

Results: The morphological shape of KC was totally preserved. Cells from all 5 epidermal layers could be identified. Among the whole population single large cells resembling by shape those from stratum spinosum and granulosum revealed full enzymatic activity. Since in culture KC change their shape it was not possible to objectively identify their site of origin. These cells slightly incorporated BrdU whereas other KCs did not. Further identification of this population is needed.

Conclusions: Preservation of KC in anhydrous pulverized sodium chloride doesn't stop some single cells' to display enzymatic activity upon setting in culture. This method may help to identify KC of highest proliferative capacity probably belonging to the so called spore-like stem cells.

Key words: stem cells.

V-00217

SELECTED CYTOKINES AND OPIOID PEPTIDES IN THE COLORECTAL CANCER

Jadwiga Snarska^{1, 2}, Michał Matysiewicz³,
Michał Tenderenda⁴, Bartłomiej Kocbach³,
Konrad Wroński², Elżbieta Kostyra³

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

²Zespół Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

³Zespół Biochemii Medycznej – Badań Peptydów i Białek, Wydział Biologii i Biotechnologii, Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

⁴Katedra i Klinika Onkologii Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

STRESZCZENIE

Wstęp: Zgodnie z informacjami z międzynarodowej statystycznej bazy danych GLOBOCAN każdego roku na świecie odnotowuje się 1,234 mln

nowych przypadków raka jelita grubego, a więcej niż 600 tys. pacjentów umiera corocznie z powodu tego nowotworu złośliwego. Także według danych GLOBOCAN w 2008 r. w Polsce odnotowano 16 374 nowych przypadków raka jelita grubego oraz 10 407 zgonów z powodu tego nowotworu. Wyniki leczenia są nadal niezadowolające, co wynika ze zbyt późnego rozpoznania tej choroby.

Cel: Celem podjętych badań było określenie stężenia ludzkiej β-endorfiny w surowicy, moczu oraz homogenacie nowotworowo zmienionej tkanki jelita grubego. Dodatkowo w materiale oznaczono także wybrane cytokiny: IL-6 – cytokina prozapalna, IL-10 – cytokina przeciwzapalna, TNF-α – czynnik martwicy nowotworów.

Materiał i metody: Do badań wykorzystano materiał przedoperacyjny (surowica i mocz) oraz śródoperacyjny (nowotworowo zmieniony fragment tkanki jelita grubego) pozyskany z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Kliniki Chirurgii Onkologicznej. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Okręgowej Komisji Bioetycznej. Stężenie ludzkiej β-endorfiny w surowicy, moczu oraz homogenacie nowotworowo zmienionej tkanki jelita grubego oznaczono za pomocą Human Beta-Endorphin, β-EP ELISA Kit. Cytokiny w tym samym materiale oznaczono także z użyciem kitów wykorzystujących technikę immunoenzymatyczną.

Wyniki: Oznaczone stężenie β-endorfiny w homogenacie tkanki nowotworowo zmienionej wyniosło 19,4 pg/g, natomiast w surowicy i moczu odpowiednio 96,2 pg/ml i 89,8 pg/ml. Ocena stężenia wybranych cytokin w materiale przedoperacyjnym wynosiła: w moczu poziom IL-6, IL-10 oraz TNF-α odpowiednio 24,0 pg/ml, 3,9 pg/ml oraz 70,5 pg/ml, w surowicy 159,7 pg/ml, 60,9 pg/ml oraz 79,6 pg/ml, w homogenacie guza 589,6 pg/g, 83,1 pg/g oraz 95,2 pg/g. Przeprowadzona analiza uzyskanych wyników między sobą wykazała kilka korelacji, z czego jedną o wysokiej sile – pomiędzy stężeniem β-endorfiny w homogenacie guza a jej stężeniem w surowicy krwi ($R = 0,763983$; $p < 0,001$).

Wnioski: Wstępne wyniki badań wskazują na przydatność oznaczeń β-endorfiny we wczesniej diagnostyce raka jelita grubego.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, β-endorfina, cytokiny, ELISA, rak jelita grubego.

ABSTRACT

Introduction: According to the data of the international statistical database GLOBOCAN, each year world wide diagnose dare 1,234 millionne cases of colorectal cancer, and more than 600 000 patients die each year because of this malignant tumour. Also according to GLOBOCAN, in 2008 in Poland recorded were 16 374 new cases of colorectal cancer and 10 407 deaths caused by the cancer. Results of treatment are still unsatisfactory because of too late diagnosis of the disease.

Purpose: The aim of research was to determine concentration of human β-endorphin in serum, urine and in large intestine cancer tissue homogenate. Additionally, selected cytokines were measured in the samples: interleukin 6 – proinflammatory cytokine, interleukin 10 – anti-inflammatory cytokine, TNF-α – tumor necrosis factor-α.

Material and methods: For the research were used preoperative (serum and urine) and intraoperative (large intestine cancer tissue) samples, obtained from the Interior Department of General Surgery and Department of Surgical Oncology, University of Warmia and Mazury in Olsztyn. The research was approved by the district ethical committee. The concentration of human β-endorphin in serum, urine and tumor homogenates was determined by using commercial ELISA kit. Cytokines in the same samples were also detected by using commercially available, ELISA kits.

Results: Detected concentration of β-endorphin in the tumor tissue homogenates was – 19.4 pg/g, and in the serum and urine: 96.2 pg/ml and 89.8 pg/ml respectively. Detected concentration of cytokines in the preoperative samples for IL-6, IL-10 and TNF-α amounted respectively: in urine – 24.0 pg/ml, 3.9 pg/ml and 70.5 pg/ml, in serum – 159.7 pg/ml, 60.9 pg/ml and 79.6 pg/ml, and in the tumor homogenates – 589.6 pg/g, 83.1 pg/g and 95.2 pg/g. Statistical analysis of the results showed several correlations – mainly between the concentration of β-endorphin in tumor homogenates and the concentration of β-endorphin in sera ($R = 0.763983$, $p < 0.001$).

Conclusions: Preliminary results show usefulness of β-endorphin detection in the early diagnosis of colorectal cancer.

Key words: colorectal cancer, human β-endorphin, cytokines, ELISA.

V-00218

CHIRURGICZNE POWIKŁANIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ PO LECZENIU CHEMIO- I RADIOTERAPIĄ**Jadwiga Snarska^{1,2}, Artur Zalewski^{1,2}, Krzysztof Jacyna^{1,2}, Bartłomiej Biedziuk^{1,2}, Rafał Suszkiewicz^{1,2}, Leszek Frąckowiak^{2,3}**¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie²Zespół Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie³Oddział Kliniczny Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie**STRESZCZENIE**

Wstęp: Aktualne leczenie nowotworów jamy brzusznej i miednicy małej to skojarzona terapia zarówno w okresie przed-, jak i pooperacyjnym. W związku ze stosowaniem coraz to bardziej agresywnych metod leczenia obserwujemy narastający problem powikłań wymagających interwencji chirurgicznej. Do tych powikłań zaliczamy niedrożności, krwawienia i krwotoki, martwicę oraz perforacje przewodu pokarmowego.

Cel: Analiza powikłań chirurgicznych chorych z rozpoznaniem i leczeniem rakiem jamy brzusznej i miednicy małej.

Materiał i metody: W latach 2008–2012 w Klinice Chirurgii Ogólnej leczono 174 chorych w wieku 21–89 lat, u których rozpoznano nowotwór złośliwy. Chorzy ci w przeszłości przebyli leczenie onkologiczne i chirurgiczne, średnio okres od leczenia onkologicznego wynosił od momentu rozpoczęcia do 12 lat.

Wyniki: W największym odsetku występowała niedrożność przewodu pokarmowego na skutek zrostów, nacieku, martwicy czy też progresji choroby nowotworowej. Ogólnie tego typu powikłania wystąpiły u 132 chorych (75,9%). Ta sytuacja kliniczna wymagała operacji resekcyjnej, niejednokrotnie wymuszała tylko wykonanie zespolenia omijającego lub wyłonienie stomii na różnej wysokości, w niektórych przypadkach odbarczenia przewodu pokarmowego drenem. Wykonanie tego rodzaju zabiegu wymagała narastająca niedrożność przewodu pokarmowego na tle rozsiewu raka – *carcinomatosis peritonei*. Krwotoki i krwawienia zdarzały się rzadziej i zwykle wystarczało leczenie endoskopowe lub farmakologiczne. Tylko u 18 chorych (10,3) zastosowano leczenie chirurgiczne. Perforacje przewodu pokarmowego stwierdzono w 24 przypadkach (13,8), w tym 12 już z towarzyszącymi ropniami wewnątrzbrzusznymi. W 127 przypadkach (72,9%) chorzy ci prezentowali objawy niedożywienia lub zagrażającego niedożywienia i wymagali żywienia parenteralnego.

Wnioski: Leczenie onkologiczne jest obciążone dużym ryzykiem wystąpienia powikłań chirurgicznych, szczególnie w postaci niedrożności, niejednokrotnie z towarzyszącą martwicą przewodu pokarmowego.

Słowa kluczowe: powikłania raka jelita grubego i narządu rodowego.

ABSTRACT

Introduction: Presently, the management of abdominal and pelvic neoplasms involves a combination therapy both in the preoperative and postoperative periods. The introduction of ever more aggressive treatment methods has resulted in a growing number of complications that require surgical interventions. Such complications include obstructions, bleedings and hemorrhages, necrosis as well as gastrointestinal perforations.

Purpose: To analyze surgical complications in patients with diagnosed and treated abdominal and pelvic neoplasms.

Material and methods: Within the period of 2008-2012, 174 patients, aged from 21 to 89, diagnosed with malignant neoplasm, were treated in the Clinical Department of General Surgery. Patients had previously undergone cancer and surgical treatment; surgical complications were observed since the implementation of cancer treatment up to 12 years afterwards.

Results: Gastrointestinal obstructions comprised the largest percentage of complications. They were due to adhesions, infiltrations, necrosis, or progression of neoplastic disease. Generally, such complications were found in 132 patients (75.9%). These clinical conditions required surgical resection, frequently demanding only a by-pass or creating a stoma at different levels. In some cases, gastrointestinal decompression with a drain was necessary. Performing this procedure was required because of an increasing gastrointestinal obstruction due to cancer dissemination – *carcinomatosis peritonei*. Bleedings and hemorrhages occurred less

frequently and generally endoscopic or pharmacological treatment was sufficient; surgical treatment was performed on only 18 patients (10.3%). Gastrointestinal perforations were detected in 24 cases (13.8%), including 12 cases with concomitant intra-abdominal abscesses. In 127 cases (72.9%) patients demonstrated symptoms of malnutrition and required parenteral nutrition.

Conclusions: Cancer treatment is associated with a high risk of surgical complications, involving especially obstructions with concomitant gastrointestinal necrosis.

Key words: complications colon cancer et gynecological, cancer.

V-00219

LECZENIE ODLEGŁYCH POWIKŁAŃ PO PRZEBYTYM CIĘŻKIM OSTRYM ZAPALENIU TRZUSTKI**Jadwiga Snarska^{1,2}, Maciej Michalak^{2,3}, Agata Kozłowska^{1,2}, Krzysztof Jacyna^{1,2}, Artur Zalewski^{1,2}, Bartłomiej Biedziuk^{1,2}, Katarzyna Suszkiewicz-Kiliańczyk^{1,2}**¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie²Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie³Katedra Onkologii Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie**STRESZCZENIE**

Wstęp: Ostre zapalenie trzustki (OZT) to nadal poważny dylemat terapeutyczny. Rozpoznanie raczej nie nastęca nam problemów w dobie rozwiniętej diagnostyki obrazowej i biochemicznej. Właściwie wdrożone leczenie, szczególnie w pierwszych trzech dobach OZT, wydaje się najistotniejszym elementem w terapii. Leczenie operacyjne w chwili obecnej we wczesnym okresie przebiegu tego schorzenia należy do rzadkości.

Cel: Ocena stosowanego leczenia małoinwazyjnego w późnym lub odległym okresie po przebytych OZT.

Materiał i metody: W Klinice Chirurgii Ogólnej leczono w ostatnim 5-leciu 247 chorych z ostrym zapaleniem trzustki na tle alkoholowym i żółciopochodnym (57% i 43%). Analizie poddano chorych, u których stwierdzono w skali APACHE II powyżej 8 pkt i/lub zmiany w obrazie morfologicznym trzustki i jej okolicach według skali Balthazara w stopniu C i powyżej 2 pkt. Wiek chorych wahał się od 23 do 79 lat.

Wyniki: Spośród 247 chorych po przebytych OZT poddano obserwacji i analizie 61 chorych w okresie od 0,5 do 2 lat. We wszystkich przypadkach u chorych obserwowano różnej wielkości zbiorniki płynowe z tkankami martwiczymi, ale bez cech zakażenia. W 31 przypadkach obserwowano stopniową regresję aż do zaniku lub pozostały drobne pseudotorbielki niewymagające interwencji. W pozostałych 27 przypadkach wykonywano z dobrym efektem drenaż zewnętrzny pseudotorbieli, w 2 przypadkach wykonano nakłucie 3-krotnie, przebieg był powikłany wystąpieniem ropniaka opłucnej w jednym przypadku, w kolejnym przypadku w ciągu 3–4 miesięcy utrzymującego się zbiornika w obrębie ogona stwierdzono raka trzustki.

Wnioski: Obserwacja chorych po przebytych OZT ze zbiornikami płynowymi lub pseudotorbielami i w wybranych przypadkach leczenie drenażem zewnętrznym pod kontrolą USG daje dobre efekty terapeutyczne.

Słowa kluczowe: OZT, zbiorniki płynowe, biopsja i drenaż zewnętrzny, USG.

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis remains a serious therapeutic dilemma. In the age of well-developed imaging and biochemical diagnostic methods, its diagnosis is no longer problematic. Properly introduced treatment, especially within 72-hours following the development of acute pancreatitis seems to be the most significant element of therapy. Presently, surgical treatment in the early period of this condition is rare.

Purpose: Evaluation of minimally invasive treatment in the late or distant period following acute pancreatitis.

Material and methods: In the last 5-year period, 247 patients, aged from 23 to 79, with acute pancreatitis due to alcoholism and acute biliary pancreatitis (57% and 43%, respectively) were treated in the Clinical



Department of General Surgery. The study group consisted of patients with APACHE-II more than 8 points and/ or with detected morphological changes in the pancreas and its surrounding – Balthazar grade C and more than 2 points.

Results: Out of 247 patients with a history of acute pancreatitis, 61 patients were observed and analyzed in the period ranging from 0.5 to 2 years. All patients demonstrated fluid collections of various sizes with necrotic tissue, but without signs of infection. In 31 cases gradual regression was observed until the disappearance of fluid collections; alternatively small pseudo-cysts remained that did not require intervention. In the remaining 27 cases, external drainage of pseudo-cysts was performed with good effect. In 2 cases the puncture was performed 3 times; complications with thoracic empyema occurred in 1 case; in another case when the fluid collection remained within the cauda of the pancreas for 3-4 months, pancreatic cancer was diagnosed.

Conclusions: Observation of patients with a history of acute pancreatitis with fluid collections or pseudo-cysts and, in selected cases, treatment with external drainage implemented under ultrasound (USG) control result in good therapeutic effects.

Key words: AP, fluid collections, biopsy and external drainage, USG.

and influences the diabetic patient's prognosis. Over 90% of amputations are related to the angiopathy of various origins and diabetes. The remaining 10% of amputations are consequences of injuries, neoplasm's and congenital malformations. Aging and increasing number of people with diabetes and its complications could have influence on increased incidence of all forms of lower extremity amputations.

Purpose: We aimed to determine whether the incidence of all forms of amputations in Poland is increasing, in light of the rising prevalence of diabetes.

Material and methods: An electronic search for entire country was performed using NFZ database from 2009 until 2012 for incidence of lower extremity amputation.

Results: In the table all results are presented, divided for particular groups of patients. Number amputations in all: 7775 – 2824F/4957M (2009), 7972 – 2863F/5109M (2010), 7849 – 2847F/5002M (2011), 8203 – 2937F/5266M (2012). Number amputation in diabetic pts.: 3622 – 1542F/2080M (2009), 3960 – 1635F/2325M (2010), 4025 – 1650F/2375M (2011), 4312 – 1712F/2600M (2012). Number of post-traumatic amputations in all: 89 (2009), 106 (2010), 120 (2011), 88 (2012). Number of post-traumatic amputations in diabetic pts.: 5 (2009), 15 (2010), 15 (2011), 9 (2012).

Conclusions: In Poland, we observed growing number of lower extremity amputations in the total population during the study period; and this tendency was also proven independent from gender. These estimates provide base-line and allow follow-up over time, particularly for diabetics with chronic complications.

Key words: lower extremity amputations, epidemiology.

V-00222

EPIDEMIOLOGIA DUŻYCH AMPUTACJI KOŃCZYN DOLNYCH W POLSCE W LATACH 2009–2012 NA PODSTAWIE BAZY DANYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Tomasz Czeleko¹, Andrzej Śliwczyński¹,
Igor Radziewicz-Winnicki², Michał Marczak³,
Ireneusz Nawrot⁴, Waldemar Karnafel⁴

¹Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Narodowy Fundusz Zdrowia

²Śląski Uniwersytet Medyczny

³Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁴Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRESZCZENIE

Wstęp: Amputacje kończyn dolnych stanowią istotny problem zarówno w wymiarze społecznym, jak i jednostkowym. Są to zabiegi powodujące nieodwracalną dysfunkcję kończyny i wpływające znacząco na stan emocjonalny chorego. W 90% wykonywane są ze wskazań naczyniowych i jako powikłania cukrzycy. W pozostałych 10% są konsekwencją urazów, nowotworów, wad wrodzonych. Wraz ze starzeniem się społeczeństw i wzrostem liczby chorych dotkniętych problemami niedokrwienia i powikłań cukrzycy należy liczyć się ze stałym wzrostem liczby tych zabiegów.

Cel: Ocena epidemiologiczna liczby dużych amputacji w Polsce w latach 2009–2012 na podstawie bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Materiał i metody: Autorzy na podstawie danych pochodzących z całej Polski, zawartych w rejestrach Narodowego Funduszu Zdrowia obliczyli liczbę chorych, u których wykonano dużą amputację kończyny dolnej. Poniżej zestawiono liczby wykonanych amputacji ogółem, u chorych na cukrzycę, amputacji urazowych z podziałem na kobiety i mężczyzn. Dane obejmują lata 2009–2012.

Wyniki: Duże amputacje w Polsce w latach 2009–2012. Liczba amputacji ogółem: 7775 – 2824 K/4957 M (2009), 7972 – 2863 K/5109 M (2010), 7849 – 2847 K/5002 M (2011), 8203 – 2937 K/5266 M (2012). Liczba amputacji u chorych na cukrzycę: 3622 – 1542 K/2080 M (2009), 3960 – 1635 K/2325 M (2010), 4025 – 1650 K/2375 M (2011), 4312 – 1712 K/2600 M (2012). Liczba amputacji urazowych ogółem: 89 (2009), 106 (2010), 120 (2011), 88 (2012). Liczba amputacji urazowych u chorych na cukrzycę: 5 (2009), 15 (2010), 15 (2011), 9 (2012).

Wnioski: W Polsce na przestrzeni ostatnich 3 lat (2009–2012) zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn obserwuje się stałą tendencję do zwiększania liczby dużych amputacji z powodów naczyniowych i powikłań cukrzycy.

Słowa kluczowe: duże amputacje kończyn dolnych, dane epidemiologiczne.

ABSTRACT

Introduction: The lower extremity amputation is gaining a new importance because it generates considerable costs for the health system

V-00223

HEMOSTATIC EFFICACY OF A NOVEL, PEG-COATED COLLAGEN PATCH (HEMOPATCH™) VERSUS OXIDIZED CELLULOSE (SURGICEL®/TABOTAMP™) IN A PORCINE HEPATIC AND LEPORINE VASCULAR SURGICAL MODEL

Kevin M. Lewis¹, Hans-Christian Hedrich²,
Johannes Regenbogen², Alexandra Schiviz²,
Heinz Gulle², Andreas Goppelt²

¹Baxter Healthcare Corporation, One Baxter Parkway, Deerfield, Illinois 60015, USA

²Baxter Innovations GmbH, Industriestrasse 67, 1221, Vienna, AUSTRIA

ABSTRACT

Introduction: HEMOPATCH™ is a second generation hemostatic pad with sealing properties for use in open and endoscopic surgery. It is a thin, pliable collagen fleece coated with a polyethylene glycol monomer (PEG), which covalently binds to tissue proteins to induce platelet aggregation and fibrin clot formation.

Purpose: Hemostatic efficacy comparison of a sealing hemostat (HEMOPATCH™) and oxidized cellulose (SURGICEL® Original™/Tabotamp™) in a porcine hepatic square model of general surgery and a leporine arterial bleeding model of vascular reconstruction.

Material and methods: Hepatic abrasions were used to compare hemostatic success. Paired lesions of 1 cm x 1 cm x 3 mm were created in the hepatic parenchyma (40 lesions/group) of 6 pigs heparinized to 1.5-2.0 x baseline activated clotting time. Hemostatic success was evaluated after 2, 3, 4, 5, 8 and 10 min. Arterial needle holes were used to compare hemostatic success. Paired sets of two needle holes were created by passing a 1 cm length of 2-0 polyester suture on an RB-1 taper needle through the femoral arteries of 20 fully heparinized rabbits (40 lesions/group). Hemostatic success was evaluated after 2, 3, 4, 5 and 10 min.

Results: In the porcine hepatic square model, the sealing hemostat provided superior hemostatic success compared to oxidized cellulose at 2 (98 vs. 55%, Success Odds Ratio: 149.0, 95% CI: 8.12 to 2751, p-value: 0.001), 3 (93 vs. 65%, 17.2, 2.70 to 109, 0.003), 4 (98 to 68%, 39.5, 3.33 to 472, 0.004) and 5 min (95 vs. 80%, 8.21, 1.08 to 62.2, 0.042), and equal or greater hemostatic success at 8 (95 vs. 90%, 2.84, 0.31 to 25.9, 0.355) and 10 min (95 vs. 98%, 0.79, 0.05 to 13.4, 0.868). In the leporine vascular surgery model, the sealing hemostat provided superior hemostatic success compared to oxidized cellulose at 2 min (92.5 vs. 55%, Success Odds Ratio: 85.3, 95% CI: 25.8 to 282), which increased to 100% and 85% effective after 10 min, respectively.

Conclusions: A new sealing hemostat (HEMOPATCH™) provides greater and faster hemostasis than oxidized cellulose (SURGICEL® Original™/Tabotamp™) in a heparinized porcine hepatic square model and leporine vascular surgery model.

Key words: hemostat, sealant, Hemopatch, Tabotamp, vascular surgery, general surgery

V-00224

HEMOSTATIC EFFICACY OF A NOVEL, PEG-COATED COLLAGEN PATCH (HEMOPATCH™) VERSUS A FIBRINOGEN-COATED COLLAGEN PATCH (TACHOSIL™) IN A PORCINE AND LEPORINE HEPATIC SURGICAL MODEL

Kevin M. Lewis¹, Hans-Christian Hedrich², Johannes Regenbogen², Alexandra Schiviz², Heinz Gulle², Andreas Goppelt²

¹Baxter Healthcare Corporation, One Baxter Parkway, Deerfield, Illinois 60015, USA

²Baxter Innovations GmbH, Industriestrasse 67, 1221, Vienna, AUSTRIA

ABSTRACT

Introduction: Intraoperative blood loss is associated with an increased likelihood for reoperation following hepatic surgery, and postoperative intra-abdominal hemorrhage is the number one reason for reoperation following hepatic surgery. The use of a sealing hemostat may reduce intraoperative blood loss and reduce the risk of postoperative hemorrhage, specifically a bovine collagen pad coated with polyethylene glycol monomer (PEG).

Purpose: Hemostatic efficacy comparison of a sealing hemostat (HEMOPATCH™) and a fibrinogen-coated collagen patch (TachoSil™) in a porcine hepatic abrasion and a leporine partial hepatectomy model.

Material and methods: Hepatic abrasions were used to compare hemostatic success. Paired lesions of 1 cm diameter, 3 mm deep were created in the hepatic parenchyma (40 lesions/group) of 7 pigs heparinized to 1.5-2.0 x baseline activated clotting time. Hemostatic success was evaluated after 3, 5, 7 and 10 min. Partial hepatectomy was used to compare hemostatic success and hematoma incidence. The distal tip of the medial liver lobe was excised in 20 non-heparinized rabbits (10/group). If hemostasis was achieved within 15 min, the animal was recovered for 24 h. HEMOPATCH™ was approximated to the lesion for 2 min, while TachoSil™ was approximated for 3 min, which represents anticipated and approved clinical use, respectively.

Results: In the porcine hepatic abrasion model, HEMOPATCH™ achieved superior hemostatic success relative to TachoSil™ at 3 (97.5 vs. 70.0%, Success Odds Ratio: 20.2, 95% CI: 2.4-169.7), 5 (95.0 vs. 52.5%, 20.2, 4.1-99.0), 7 (97.5 vs. 30.0%, 124.9, 14.2-1101.5) and 10 min (95.0 vs. 22.5%, 110.3, 18.0-676.4) after application. In the leporine partial hepatectomy model, HEMOPATCH™ achieved 100% hemostatic success at 2 min (95% CI: 72.3% to 100%) and TachoSil™ achieved 80% at 3 min (49.0% to 94.3%). HEMOPATCH had a lower hematoma incidence compared to TachoSil™ at 15 min (0.0 vs. 11.1%) and 24 h (20.0 vs. 66.7%) after application.

Conclusions: HEMOPATCH™ provides faster and more sustainable hemostasis than TachoSil™ in a porcine hepatic abrasion and leporine partial hepatectomy model of general surgery.

Key words: hemostat, sealant, Hemopatch, Tachosil, hepatic surgery, general surgery.

V-00225

HEMOSTATIC EFFICACY OF A NOVEL, PEG-COATED COLLAGEN PATCH (HEMOPATCH™) IN A HEPARINIZED PORCINE PULMONARY SEGMENTECTOMY MODEL

Kevin M. Lewis¹, Bernhard Baumgartner¹, Eva-Maria Muchitsch², Johannes Regenbogen², Andreas Goppelt²

¹Baxter Healthcare Corporation, One Baxter Parkway, Deerfield, Illinois 60015, USA

²Baxter Innovations GmbH, Industriestrasse 67, 1221, Vienna, AUSTRIA

ABSTRACT

Introduction: A pulmonary segmentectomy is performed to remove areas of lung disease, and has a reported average perioperative and 24 h postoperative blood loss of 715 ±454 mL without complications and 988 ±528 mL with complications in routine surgical practice. The use of a sealing hemostat, collagen fleece coated with polyethylene glycol (PEG), may reduce blood loss in this procedure. PEG covalently binds the collagen patch to tissue, which induces platelet aggregation and creates a liquid-air-tight seal.

Purpose: Hemostatic efficacy of a sealing hemostat (HEMOPATCH™) to treat the cut surface of a pulmonary segmentectomy in a heparinized porcine surgical model.

Material and methods: Cross-sectional resections of the pulmonary parenchyma were performed to mimic a mass removal in 18 heparinized male domestic swine. Rate of blood loss was determined prior to treatment and 3, 5, 8, and 10 minutes after application using pre-weighed gauze. Each resection was treated with the sealing hemostat using 2 minutes of approximation. No staplers or other adjunctive treatments were used for sealing or hemostasis of the parenchyma.

Results: The treated mean cross-sectional area was 5.4 cm² (Range: 1.4-18.3 cm², SD: 3.3 cm², N = 36), which created a severe arterial bleed with a median rate of blood loss of 15.9 mL/min (Range: 5.3-42.5 mL/min, SD: 8.6 mL/min). At treatment, the median direct systolic blood pressure was 97 mm Hg (Range: 78-117 mmHg, SD: 9 mm Hg) and the median airway pressure was 19 mm H₂O (Range: 15-23 mm H₂O, SD: 2 mm H₂O). Throughout the study, the mean activated clotting time was 179 s (Range: 133-410 s, SD: 43 s, N = 98). The sealing hemostat achieved a median rate of blood loss of 0.0 mL/min without hematoma formation at 3 (Range: 0.0-2.8 mL/min, SD: 0.47 mL/min), 5 (Range: 0.0-0.8 mL/min, SD: 0.19 mL/min), 8 (Range: 0.0-0.5 mL/min, SD: 0.13 mL/min) and 10 (Range: 0.0-0.7 mL/min, SD: 0.17 mL/min) mins after application. Pneumostasis was observed in all applications.

Conclusions: A new sealing hemostat (HEMOPATCH™) is safe and effective in providing hemostasis of severe arterial bleeding and to seal tissue parenchyma in a heparinized porcine pulmonary segmentectomy model.

Key words: hemostat, sealant, Hemopatch, hemostasis, lung sealing, Tachosil.

V-00227

ZAKAŻENIE BĄBŁOWCEM – TAKTYKA POSTĘPOWANIA W ODDZIALE CHIRURGII TRANSPLANTACYJNEJ WĄTROBY

Waldemar Patkowski, Krzysztof Zieniewicz, Bogusław Najnigier, Piotr Remiszewski, Łukasz Rdzanek, Marek Krawczyk

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM

STRESZCZENIE

Wstęp: Zalecanym przez większość ośrodków chirurgicznych postępowaniem w przypadku bąblowicy wątroby powinna być resekcja lub cystopericystektomia. Spośród grupy chorych na alweokozę dla 5,0% pacjentów jedynym leczeniem jest przeszczepienie wątroby.

Materiał i metody: W latach 1989–2012 w klinice autorów hospitalizowano 138 chorych z powodu objawowych torbieli bąblowcowych wątroby. U 101 pacjentów rozpoznano torbiel wywołaną zakażeniem *Echinococcus granulosus*, u pozostałych 37 chorych stwierdzono infekcję *Echinococcus*

cus multilocularis. W grupie chorych na bąblowicę jednojamową w 32 przypadkach wykonano hemihepatektomię prawostronną, u 14 chorych hemihepatektomię lewostronną i u 16 pacjentów bisegmentektomię. Poza tym wykonywano nieanatomiczne resekcje wątroby, cystopericystektomię oraz wyłącznie laparotomie. Spośród 37 chorych na alveokokozę 34 leczono operacyjnie. U 16 chorych wykonano transplantację wątroby. Poza tym wykonano 8 hemihepatektomii prawostronnych, 2 hemihepatektomie prawostronne poszerzone o segment 4. wątroby, 3 hemihepatektomie lewostronne, 1 hemihepatektomię lewostronną poszerzoną o segmenty 5. i 8. wątroby, 1 centralną resekcję wątroby, 1 bisegmentektomię boczną lewostronną, 2 laparoskopie diagnostyczne i 1 adrenałektomię lewostronną.

Wyniki: Przeżycia 1-, 5- i 10-letnie wynoszą odpowiednio 100,0% chorych, 90,9% i 87,9% leczonych z powodu bąblowicy jednojamowej i 94,5%, 88,9% i 77,8% operowanych z powodu alveokokozy. W przypadku przeszczepienia wątroby przeżycia 1-, 5- i 10-letnie wynoszą 90,0%, 85,0% i 75,0% chorych, odpowiednio.

Wnioski: Radykalne leczenie chirurgiczne uzupełnione o farmakoterapię antyhelmintykami jest rekomendowaną metodą leczenia.

Słowa kluczowe: wątroba, zakażenie bąblowcem, resekcja, transplantacja.

ABSTRACT

Introduction: Most centers suggest either liver resection or cystopericystectomy. About 5% of patients may be treated by liver transplantation.

Material and methods: Between 1989 and 2012 in our surgical department 138 patients were hospitalized due to symptomatic echinococcal cysts of the liver. In 101 patients out of the whole group cysts caused by *Echinococcus granulosus* were diagnosed, in 37 patients cysts developed due to *Echinococcus multilocularis* infection. Among patients diagnosed with granular echinococcosis in 32 cases right hemihepatectomy, in 14 patients left hemihepatectomy and in 16 patients bisegmentectomy were performed. In 28 patients were done non-anatomic liver resection, in 7 cases cystopericystectomy and in 2 patients it was laparotomy. Among 34 patients with alveococcosis in 16 cases liver transplantation were performed. In the remaining 18 patients the following procedures were performed: 8 right hemihepatectomies, 2 right hemihepatectomies including 4th segment of the liver, 1 left hemihepatectomy including 5th and 8th segment of the liver, 1 central liver resection, 1 left lateral bisegmentectomy, 2 diagnostic laparoscopies, which allowed to qualify the patients for liver transplantation and 1 left lateral adrenalectomy.

Results: After surgery for *E. granulosus* the 1-, 5- and 10-year survival rate amount to 100.0%, 90.9% and 87.9% of patients respectively and 1-, 5- and 10-year survival rate amount to 94.5%, 88.9% and 77.8% for resection of *E. multilocularis*. Among the patients undergoing liver transplantation 1 year survival rate amounts to 90.0% of the operated on, 5 year survival rate amounts to 85.0% and 10 year survival rate amounts to 75.0% of patients.

Conclusions: Surgical removal of hydatid cysts is the treatment of choice but the continuation of antiparasitic pharmacotherapy in the postoperative and post-transplant period improved long-term results.

Key words: liver, *Echinococcus*, liver resection and transplantation.

V-00230

MONITORING OF ADAMTS13 MAY PREDICT THE PROGRESSION OF THROMBOTIC MICROANGIOPATHY AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Hirokazu Tanaka¹, Hata Koichiro¹, Kageyama Syoichi¹, Hirao Hirohumi¹, Okamura Yusuke¹, Kubota Toyonari¹, Kaido Toshimi¹, Shiga Shuichi², Ishida Atsumi², Nakanishi Kayoko², Mori Naoko², Masuda Kenta², Uemoto Shinji¹

¹Division of Hepato-Biliary-Pancreatic and Transplant Surgery, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan

²Clinical Laboratories, Kyoto University Hospital, Kyoto, Japan

ABSTRACT

Introduction: Thrombotic microangiopathy (TMA) is a potentially lethal complication occurring after liver transplantation (LTx), character-

ized by platelets aggregation, microcirculatory disturbance, and ensuing multiple organ dysfunction. We retrospectively analyzed the clinical characteristics and predictive factors for TMA after LTx.

Material and methods: A total of 182 patients underwent LTx from October 2009 to February 2012 at our institution, and 84 patients (23 children, 61 adults) were included in this study, with daily measurement of plasma ADAMTS13 activity from post-operative day (POD)-1 to 14. Of these, 8 patients (8.5%) were diagnosed as TMA.

Results: Plasma ADAMTS13 activity was significantly reduced till POD-3 in all LTx recipients. Of note, the ADAMTS13 activity in TMA patients was gradually decreased until POD-7, which was significantly lower than those in the others (14 ± 3.1 vs. $26 \pm 1.8\%$, $p < 0.05$). Four out of 8 TMA patients died despite intensive treatments. Retrospective analysis revealed the other 4 survivors received relevant treatments including plasma exchange and/or alteration of immunosuppressants within 3 days from the onset of TMA.

Conclusions: Although the underlying pathophysiologies are not yet fully elucidated, delayed diagnosis/treatments are certainly associated with poor outcome and daily monitoring of ADAMTS13 activity may be of quite importance, to prevent progression to TMA.

Key words: liver transplantation.

V-00231

WHEY-HYDROLYZED PEPTIDE-ENRICHED IMMUNOMODULATING DIET PREVENTS PROGRESSION OF LIVER FIBROSIS/CIRRHOSIS IN RATS

Jobara Kanta, Kaido Toshimi, Hori Tomohide, Endo Kosuke, Uchida Yoichiro, Iwaisako Keiko, Uemoto Shinji

Division of Hepato-Biliary-Pancreatic and Transplant Surgery, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan

ABSTRACT

Introduction: Whey-hydrolyzed peptide (WHP), a major peptide component of bovine milk, exerts antioxidant, anti-inflammatory, and antibacterial effects in experimental models. We have recently reported that early enteral nutrition with the new immunomodulating diet (IMD) enriched with whey-hydrolyzed peptide (WHP) prevented posttransplant bacteremia. In the present study, we investigated the anti-fibrotic effects of WHP in a rat model of liver fibrosis/cirrhosis.

Material and methods: Liver fibrosis was induced by repeated intraperitoneal administration of dimethylnitrosamine (DMN) for 3 weeks to rats fed a WHP-enriched IMD (WHP group) or a control enteral diet (control group). The degree of liver fibrosis was compared between the two groups. Next, the direct effect of WHP on DMN-induced hepatocyte injury was examined in vitro using hepatocytes isolated from rats fed a control diet (control diet group) or a WHP-enriched diet (WHP diet group).

Results: Macroscopic and microscopic progression of liver fibrosis/cirrhosis was suppressed in the WHP group compared with the control group. Elevations in serum liver enzymes, hyaluronic acid level, and liver tissue hydroxyproline content were attenuated in the WHP group compared with the control group. In the in vitro experiments, the rates of necrotic hepatocytes after DMN challenge were significantly lower in the WHP diet group than in the control diet group.

Conclusions: A WHP-enriched immunomodulating diet effectively prevented DMN-induced liver fibrosis/cirrhosis in rats, possibly via a hepatoprotective effect.

Key words: liver fibrosis/cirrhosis.

V-00232

EX VIVO RECONDITIONING OF LIVERS DONATED AFTER CARDIAC DEATH WITH VENOUS SYSTEMIC OXYGEN PERSUFFLATION WITH NITRIC OXIDE GAS IN RAT LIVER TRANSPLANTATION

Kageyama Syoichi¹, Yagi Sintaro¹, Kubota Toyonari¹, Okamura Yusuke¹, Hirao Hirohumi¹, Tanaka Hirokazu¹, Saito Syunichi¹, Nagai Kazuyuki¹, Hata Koichiro¹, Ogura Yasuhiro¹, R. Tolba², Uemoto Shinji¹

¹Division of Hepato-Biliary-Pancreatic and Transplant Surgery, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan

²Institute for Laboratory Animal Science and Experimental Surgery, University Hospital RWTH Aachen, Aachen, Germany

ABSTRACT

We investigated the effects of the ex vivo reconditioning of donation after cardiac death (DCD) grafts by venous systemic oxygen persufflation with nitric oxide gas (VSOP-NO) in rat liver transplantation. In Lewis rats, orthotopic liver transplantations were performed using DCD grafts stored in the following methods: static cold storage or reconditioned by VSOP-NO during cold storage. Experiment I. In the 30-minute warm ischemic time (WIT) model, graft damage, various gene expressions of hepatic tissue, and histological changes were investigated at certain time points after transplantation. Experiment II. In the 60-minute WIT model, the graft was evaluated at 2 hours after the operation (n = 6 for each group), and survival was investigated (n = 7 for each group). Experiment I: VSOP-NO resulted in reduced levels of alanine aminotransferase (p < 0.001) and hyaluronic acid (p < 0.05); reduced hepatic expression of interleukin-6 (p < 0.05) and tumor necrosis factor- α (p < 0.001); up-regulated expression of hepatic endothelial nitric oxide synthase (p < 0.001) and endothelin-1 (p < 0.001); and reduced damage of hepatocytes and sinusoidal endothelial cells. Experiment II. VSOP-NO reduced the endothelin-1 and 8-hydroxy-2'-deoxyguanosine expression and improved survival after transplantation (p < 0.01; 0/71.4% after 24 hours). These results suggest that VSOP-NO is effective for the reconditioning of warm ischemia-damaged grafts, presumably by the reduction of the endothelin-1 elevation and oxidative damage.

Key words: liver transplantation.

V-00233

CONTRIBUTION OF EXTRAHEPATIC STEM CELLS OF THE LIVER IS VERY LIMITED IN THE REPAIR FROM ISCHEMIA-REPERFUSION INJURY IN DECEASED DONOR LIVER TRANSPLANTATION MODEL OF RATS

Endo Kosuke, Kaido Toshimi, Kanta Jobara, Hata Toshiyuki, Tomohide Hori, Uemoto Shinji

Division of Hepato-Biliary-Pancreatic and Transplant Surgery, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan

ABSTRACT

Introduction: Bone marrow cells are considered to differentiate into liver tissues, and to contribute to the liver regeneration. In this study we hypothesized that bone marrow-derived cells will contribute to postoperative liver-tissue repair in deceased-donor liver transplantation (LT) model with warm ischemia-reperfusion injury (IRI).

Material and methods: We used syngeneic orthotopic LT model in rats, and induced donor-cardiac death by cutting the diaphragm.

Results: All the recipient rats died within 7 days after LTx if we set warm ischemic time (WIT) 60 minutes, although survival rate was improved on a setup of WIT of 45 minutes. In LTs with WIT of 45 minutes, histopathological assessment showed that the liver was severely injured on day 7. However liver damages were considerably repaired by a month after LT. Next, we used LacZ-transgenic rats for the recipient of LT, and evaluated the histopathology of the liver a month after LT by X-gal staining, which revealed that almost all hepatocytes were X-gal negative. This

finding suggested that recipient-derived extrahepatic cells did not contribute to the hepatocyte repair.

Conclusions: At least, under sublethal warm IRI injury, the repair of the liver from IRI was completed by the endogenous hepatocytes or resident stem cells, not recipient-derived extrahepatic cells.

Key words: liver transplantation.

V-00235

OUTCOMES OF LIVER RESECTION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH THROMBOCYTOPENIA

Ohkubo Takao, Takayama Tadatashi, Nakayama Hisashi, Higaki Tokio, Kurokawa Tomoharu

Department of Digestive Surgery, Nihon University School of Medicine, Tokyo, Japan

ABSTRACT

Introduction: To elucidate the surgical safety for patients with thrombocytopenia who undergo liver resection for treatment of hepatocellular carcinoma (HCC).

Material and methods: The clinical characteristics and outcomes of 448 HCC patients who had undergone elective liver resection were retrospectively analyzed. The patients were classified into a thrombocytopenia group (n = 100) and a without-thrombocytopenia group (n = 348) according to whether their platelet count had been < 100 000/ml at the time of surgery.

Results: The thrombocytopenia group experienced worse preoperative liver function compared to the without-thrombocytopenia group, as assessed by albumin level (3.6 vs. 3.9 g/dl, respectively; p < 0.0001), total bilirubin level (0.76 vs. 0.62 mg/dl, respectively; p < 0.0001), prothrombin rate (91% vs. 100%, respectively; p < 0.0001), and ICGR15 rate (18% vs. 11%; p < 0.0001). While the number of tumors (p = 0.32), extent of vascular invasion (21% vs. 29%, respectively; p = 0.15), tumor stage (p = 0.24), type of resection (p = 0.20), and number of resections (p = 0.11) did not significantly differ between the thrombocytopenia and without-thrombocytopenia groups, the median maximum tumor diameter of the thrombocytopenia group was significantly smaller (2.8 cm vs. 3.5 cm, respectively; p < 0.0001). Although the thrombocytopenia group showed a longer median postoperative hospital stay than the without-thrombocytopenia group (15 vs. 13 days, respectively; p = 0.002), the groups showed similar surgical outcomes in terms of surgical time (353 vs. 354 min, respectively; p = 0.73), Pringle time (106 vs. 111 min, respectively; p = 0.19), and blood loss volume (382 vs. 326 ml, respectively; p = 0.07); complication rate in terms of Clavien grade (p = 0.07); 5-year overall survival rate; (58.3% vs. 56.5%, respectively; p = 0.14); and 5-year recurrence-free survival rate (12.9% vs. 23.0%, respectively; p = 0.61).

Conclusions: Liver resection can provide safety for HCC patients with thrombocytopenia.

Key words: liver resection.

V

A

Alagbari A. 54
 Al-Amawi T. 48
 Alseifi S. 86, 141
 Alsharabi A. 24
 Andrzejuk J. 53
 Andziak P. 95
 Aporowicz M. 62, 71, 127
 Assadian O. 9
 Atkinson S. 43
 Atsumi I. 164

B

Babińska D. 71
 Babyak T. 157
 Bachul P. 49
 Bała D. 53, 89
 Banaszek J. 51
 Bandurski R. 46, 139
 Baranowski P. 102
 Barczyński M. 2, 19, 71
 Bartoszewicz Z. 18
 Baumgartner B. 163
 Beciński J. 58, 127
 Bednarek P. 66
 Bereziak Ł. 125
 Białobrzaska-Paluszkiwicz J. 18
 Biedziuk B. 111, 161
 Bielecki K. 37, 83, 86
 Bigda J. 94
 Bigus B. 100
 Binkowska A. 132
 Bobowicz M. 113
 Bobrzyński Ł. 49
 Bocheńska A. 66
 Bodnar M. 154
 Boer K. 47
 Bonk M. 145
 Borówka A. 10
 Braszczok Ł. 43, 66
 Bratek A. 66
 Bromblik P. 140
 Bucki K. 42
 Buczek T. 134
 Buda K. 29
 Budny J. 26
 Budny W. 16
 Budzyński A. 36, 104, 105, 110
 Bueltmann K.W. 30
 Bulska W. 67, 145
 Buyanovskaya O. 143

C

Cebulski W. 33, 63, 100, 122
 Cepowicz D. 46, 139
 Chaber A. 107
 Chelmoński A. 4
 Chłosta P. 10
 Chmura A. 150, 151, 153
 Chooklin S. 61
 Choruz R. 49
 Chruścicka I. 50
 Chrzan R. 103, 149, 150, 153, 154, 156
 Chudziński W. 2, 20, 72
 Chykailo A. 157
 Ciągca T. 2, 24, 72
 Cichon P. 87, 108
 Ciesielski M. 85, 125
 Ciesielski P. 24, 116, 126
 Ciostek P. 111
 Czarnecki R. 80, 81
 Czeleko T. 162
 Czerwińska M. 129
 Czopnik P. 55
 Czudek S. 55, 155

Ć

Ćwigoń M. 42

D

Dadan J. 1, 19, 51, 70, 76, 91, 92, 99, 105, 151, 152
 Dąbrowiecki S. 21, 45, 57
 Dąbrowski A. 5, 27
 Dąbrowski Ł. 121
 Dąbrowski W.P. 57
 Dedecjus M. 19, 147
 Deptała A. 3, 17, 25
 Dębski J. 75, 78
 Dobija-Kubica K. 60
 Dobosz Ł. 42, 108, 109
 Dobosz M. 16, 52, 60, 79, 114, 115, 117, 119
 Dobruch J. 10
 Domanasiewicz A. 4
 Domaszewska-Szostek A. 143, 159
 Domosławski P. 55, 62, 71, 127, 158
 Doroszkiewicz E. 100
 Drewa T. 154
 Drucis K. 79, 87, 108
 Dubiel-Braszcok B. 43
 Dudek K. 77, 96, 97, 98
 Durlik M. 150, 151, 153
 Dutkiewicz P. 24, 116, 126
 Dyaczyński M. 55
 Dzielicki A. 155
 Dzielicki J. 55, 155
 Dziewirski W. 53
 Dziewoński M. 124
 Dziki A. 52, 81, 144, 145, 146, 147
 Dziki Ł. 81, 146, 147

E

Elsaftawy A. 4

F

Fajdek R. 127
 Falek W. 66, 140
 Figiel W. 77
 Fil D. 152
 Fiszer P. 73
 Flejscher M. 128
 Folwarski M. 60, 114, 115
 Forsyński K. 111, 159
 Frąckowiak L. 161
 Frączek M. 34, 35, 36
 Frejlich E. 32, 68
 Friedigier J. 59
 Frontczak-Baniewicz M. 143

G

Gabiec Ł. 138
 Gajda S. 94
 Gajewski R. 140
 Garlicki J. 59
 Gaszyński W. 28
 Gelo R. 77
 Gewartowska M. 143
 Giercuskiewicz D. 98
 Gierej P. 30
 Gil K. 113
 Glik J. 118, 124, 130, 131, 133, 136, 148
 Glück M. 89
 Głód M. 55
 Głuszek S. 46, 64, 77
 Goppelt A. 162, 163
 Gorajska M. 24, 116, 126
 Górecki W. 35
 Górka Z. 41, 75
 Górnicka B. 74
 Górnicki K. 24
 Grabala M. 101
 Grabowski K. 6

Grajek Z. 51, 106
 Grąt M. 96, 98
 Grobelski B. 128
 Grodzicki M. 18, 26
 Gruca Z. 109, 122
 Gruszecki L. 111
 Grygiel K. 25
 Gryko M. 139
 Grymek S. 44
 Grzebieniak Z. 32
 Grzelak I. 84, 98
 Gulle H. 162, 163
 Guzel T. 86, 100, 109

H

Hać S. 44, 84, 104
 Hady H.R. 1, 70, 76, 91, 92, 99, 105
 Halczak M. 48
 Hałoń A. 32, 68, 128
 Havrysh Y. 157
 Haza S. 137
 Heaton N. 43
 Hedrich H.C. 162, 163
 Hellmann A. 84, 104
 Hendzel P. 35
 Herman R. 7
 Hevelke P. 34
 Hinderer B. 96
 Hirohumi H. 164, 165
 Hirokazu T. 165
 Hisashi N. 165
 Hładoń A. 145
 Hodorowicz-Zaniewska D. 157
 Hoff-Lenczewska D. 119, 123, 124
 Hołody-Zareba J. 132
 Hołówko W. 96
 Honda S. 158
 Hori T. 164, 165
 Hranat O. 61

I

Ivankiv T. 61
 Iwaisako K. 164
 Iwaneczko E. 128

J

Jabłecki J. 4
 Jabłońska B. 41, 43, 66, 75, 145
 Jackowski M. 125
 Jacyna K. 111, 161
 Jain R. 43
 Jakimowicz T. 24
 Jakubczyk M. 102
 Jakuczun W. 54
 Jakusik B. 79
 Janczak D. 55, 75, 78, 92
 Jankau J. 94
 Jankiewicz A. 79
 Jankiewicz M. 16
 Jankowski M. [Michał] 53, 89
 Jankowski M. [Mieczysław] 39, 63, 107
 Janus W. 75, 78, 110
 Jarczyk G. 125
 Jastrzębski T. 79, 87, 108
 Jaśkiewicz J. 50, 79, 87, 108, 113
 Jaworski R. 50
 Jazienicki M. 16
 Jędrzejczyk W. 58, 127
 Jobara K. 164, 165
 Jodełka K. 33
 Jodłowski T. 114, 115, 117
 Jopek J. 90, 137
 Jundziłł A. 154

K

Kaczanowska J. 82, 103, 159
 Kaczmarek M. 26
 Kaczmarzyk L. 4
 Kaczor M. [Maciej] 42
 Kaczor M. [Michał] 109
 Kaido T. 164
 Kalinowski P. 18, 30, 40
 Kaliszewski K. 55, 62, 71, 127, 158
 Kamińska H. 26
 Kamiński A. 136
 Kamocki Z. 138
 Kamto G. 58, 59
 Kaneda H. 158
 Kania D. 123
 Karaban M. 26
 Karkocha D. 63, 106
 Karnafel W. 162
 Karpitski A. 77
 Kaska Ł. 40, 69, 70, 94
 Kasprzyk J. 144
 Kawecki D. 150, 151, 153
 Kawecki K. 134
 Kawecki M. 30, 118, 119, 123, 124, 130, 131, 133, 136, 148
 Kayoko N. 164
 Kazuyuki N. 165
 Kąkol D. 35
 Kąkol M. 87, 108
 Kemon A. 152
 Kenig J. 88
 Kenta M. 164
 Kędra B. 46, 132, 138
 Khryshchanovich V. 41
 Kibil W. 58, 59, 157
 Kielan W. 32, 68
 Kirpsza B. 99
 Kiśluk J. 152
 Klama-Baryła A. 119, 123, 124, 130, 131
 Klimczak D. 26
 Kloskowski T. 154
 Kluciński A. 65, 85, 100, 122
 Kładny J. 7, 28, 48
 Kłakus P. 145
 Kłęk S. 32
 Kobiela J. 40, 44, 69, 104, 131
 Kobryń K. 77, 83, 84, 98
 Kocbach B. 160
 Koichiro H. 164, 165
 Kolarczyk A. 67
 Kołodziejczak M. 23, 37, 83, 86
 Kołodziejczyk P. 42, 49
 Komoń H. 33
 Konturek A. 2, 18
 Kornasiewicz O. 84, 96, 97
 Korth-Piotrowska H. 134
 Kossowska A. 79
 Kostro J. 44, 84, 104
 Kostyra E. 160
 Kosuke E. 164, 165
 Kotela A. 154
 Kot M. 46
 Kotulski M. 47, 77, 97, 98
 Kowalczyk T. 39
 Kowalska A. 121
 Kowalski G. 55
 Kozak J. 8
 Kozieł D. 64
 Kozieł S. [Warszawa] 5, 47
 Kozieł S. [Bielsko-Biała] 60
 Kozłowska A. 161
 Kozłowski Jr A. 78, 90
 Krajewska E. 73
 Krajewski A. 65, 85, 100
 Krakowczyk Ł. 1, 136
 Krasieński Z. 22
 Krasnodębski I.W. 63, 65, 85, 86, 100, 107, 109, 122, 141, 142

Krasowski G. 110
 Kraut M. 119, 123, 124
 Krawczyk M. 5, 18, 30, 40, 47, 61, 74, 77, 83, 96, 97, 98, 163
 Kroina K. 58, 127
 Król M. 74
 Krupiński R. 69
 Kruszewski W. 85, 125, 134
 Krzak A. 137
 Krzakowski M. 3
 Krzywicki A. 111
 Kubacki P. 93
 Kucharczyk A. 23
 Kuchciński R. 135
 Kuchinka J. 46
 Kujawski R. 146
 Kulig J. 21, 39, 42, 49, 58, 59, 113, 157
 Kulig P. 49
 Kulpa T. 103, 149, 150, 153, 154, 156
 Kupczyk K. 102
 Kurnicki J. 93
 Kurokawa T. 158
 Kurylcio A. 16
 Kusza K. 102
 Kuśnierz K. 67
 Kuzdak K. 69
 Kwaśniewska A. 25
 Kwiatkowski A. 150, 153
 Kwietniak M. 48

L

Lachert E. 147
 Lampe P. 5, 41, 43, 66, 67, 75, 145
 Lang K. 58, 127
 Las-Jankowska M. 53, 89
 Laudański J. 5
 Leaper D. 9
 Lech G. 107, 109
 Lekstan A. 41, 66, 75
 Lepszy A. 140
 Lewis K.M. 162, 163
 Litarski A. 92
 Lorenc Z. 7, 60, 123

Ł

Łabuś W. 119, 123, 124, 130, 131
 Łachiński A. 40, 71
 Ładny J.R. 51, 76, 92
 Łaski D. 44, 104, 109, 122, 131, 138
 Ławiński M. 82, 103, 159
 Łągiewska B. 151
 Łoś A. 80
 Łuba M. 70, 76, 91, 92, 105
 Łubniewski M. 44
 Łukasiewicz A. 154
 Łukaszewicz J. 105, 151
 Łukieńczyk T. 55, 62, 127, 128, 158

M

Maciaszczyk M. 74
 Maciejewski A. 4
 Magdzińska J. 81
 Maj M. 133, 136, 148
 Maj T. 149
 Major P. 36
 Makarewicz W. 113
 Makiewicz M. 65, 85
 Maksymowicz M. 143
 Malinowska M. 65
 Malinowski M. 92
 Malinowski P. 101, 148
 Marciniak R. 18
 Marczak M. 162
 Marczewski R. 113
 Marek I. 104
 Markiewicz J. 29
 Marszałek A. 154

Maruszyński M. 27
 Maryański J. 106
 Masior Ł. 83, 98
 Massopust R. 66
 Matlok M. 36
 Matyja A. 58, 59, 113
 Matyja M. 59, 104, 105
 Matykiewicz J. 46
 Matysiewicz M. 160
 Mayzner-Zawadzka E. 28
 Mazurek U. 123
 Mądrecki M. 118, 120
 Michalak G. 132
 Michalak M. 111, 161
 Michniewski J. 44
 Mielko J. 16
 Migaczewski M. 36
 Mik M. 81, 146, 147
 Milanowski W. 140
 Milek T. 88
 Milewski A. 31
 Miodoński M. 110
 Misiak A. 57, 94, 147
 Młosek R.K. 111
 Młynarczyk G. 150, 151, 153
 Morawski B. 135
 Mossakowska S. 24, 116, 126
 Mościcka-Wesołowska M. 95, 143
 Muchitsch E.M. 163
 Mulek R. 45, 51, 81
 Musiał J. 90
 Myśliwiec P. 1, 19, 91, 105

N

Najnigier B. 47, 98, 163
 Naoko M. 164
 Napiórkowska M. 82
 Narbutt P. 147
 Nawrot I. 2, 20, 72, 134, 135, 162
 Nazarewski Ł. 154
 Nazarewski S. 24, 154
 Niekowal B. 49
 Niziński W. 123
 Nocoń G. 155
 Nowacki M. 154
 Nowak M. 88, 118, 124, 136
 Nowak W. 88, 142
 Nowobilski W. 119
 Nowosad M. 47, 64, 98
 Nyckowski P. 25, 31, 47, 83, 98

O

Obuszko Z. 80, 81
 Ohkubo T. 158
 Okruta D. 90
 Olakowski M. 41, 66, 75, 145
 Olesiński T. 65, 101, 149
 Olewiński M. 39, 141
 Olszewski W.L. 20, 95, 141, 143, 159
 Omid M. 82, 103, 159
 Opiłka M.N. 29, 123
 Opuchlik A. 109
 Orlińska I. 96
 Osęka T. 71
 Osuch C. 53
 Otto W. 74

P

Pach R. 58
 Pacholczyk M. 151
 Paluszkiewicz P. 32
 Paluszkiewicz R. 18, 40
 Paniczek M. 78
 Panko S. 77
 Papis J. 147
 Pasięka Z. 128, 129, 130

- Pasternak A. 113
 Paszkiewicz I. 52
 Paszkowski A. 78
 Pasztak-Opiłka A. 29
 Paśnik K. 6
 Patel A. 43
 Patkowski W. 4, 5, 61, 77, 163
 Pawełczak D. 128, 129, 130
 Pawełczyk J. 55, 92
 Pawełek A. 155
 Pawłowski L. 92
 Pawłowski W. 39, 109
 Pazera J. 121
 Pączek L. 150, 151
 Peddu P. 43
 Pedowski T. 6
 Pertkiewicz J. 47, 103
 Pertkiewicz M. 82, 159
 Pesta W. 50
 Pędziwiatr M. 36
 Pęksa R. 44, 87
 Piecuch J. 78, 89, 90, 137
 Pielaciński K. 57, 94, 147
 Pierko J. 91
 Pierściński S. 45, 57
 Pierzankowski I. 149
 Pietruszka S. 49
 Piontek A. 78
 Piotrowski P. 129
 Płatkowski C. 52, 117
 Podlewski B. 118
 Pogorzelski R. 54, 73
 Pokrywczyńska M. 154
 Polec T. 79, 87, 108
 Polkowski W. 16
 Popiela T.J. 157
 Porzeżyńska J. 80
 Pólkowski M. 140
 Prachalias A. 43
 Pragacz A. 135
 Pragacz K. 134, 135
 Proczko M. 40, 42, 69, 70
 Proczko-Markuszevska M. 40, 94
 Prus K. 26
 Pryczynicz A. 139
 Ptasieńska K. 80, 129
 Puskiewicz P. 148
- R**
- Rać J. 55
 Radziejewicz-Winnicki I. 162
 Rdzanek Ł. 163
 Regenbogen J. 162, 163
 Rela M. 43
 Religa G. 94
 Rembiesz K. 36, 104, 105
 Remiszewski P. 9, 18, 40, 163
 Richter P. 22, 24, 88
 Rogalski K. 79, 119
 Rogoza P. 119
 Romanek J. 16
 Romaniszyn M. 88, 142
 Romanowski Ł. 24
 Rośniak K. 147
 Rowiński S. 110
 Rudnicki M. 30
 Rudno-Rudzińska J. 32, 68
 Rutkowski A. 65, 101
 Rutkowski B. 107
 Rutkowski P. 17, 47, 53
 Rząca M. 51, 80, 81
- S**
- Sadowski A. 50
 Saliński A. 144
 Saramak P. 65, 101
 Sawicka-Grzelak A. 150, 151, 153
 Schiviz A. 162, 163
 Seweryn M. 67, 145
 Shchastny A. 60
 Shinji U. 164, 165
 Shuichi S. 164
 Siarhei P. 60
 Siatcouski A. 60
 Siedlar M. 42
 Siekierski P. 24, 116, 126
 Sienkiewicz P. 33
 Sierdziński J. 74
 Sieroń A. 34
 Sierżantowicz R. 99
 Sierżęga M. 39, 49
 Sintaro Y. 165
 Sitarz R. 16
 Siwik B. 100
 Skalski M. 47, 98
 Skoczytas T. 5, 6, 27
 Skopińska-Wiśniewska J. 154
 Skórski M. 73, 93
 Skórzewska M. 16
 Słodkowski M. 9, 33, 39, 63, 65, 85, 86, 100, 106, 107, 122, 141
 Słotwiński R. 132
 Smolec B. 79
 Snarska J. 100, 111, 160, 161
 Sobocki J. 34, 35, 36
 Sobolewska A. 144, 145
 Sobotkowski J. 52
 Soichi T. 89
 Sojka T. 102
 Sokoluk M. 16
 Solecki R. 1, 58, 59
 Sołdatow M. 91, 92
 Sopiński J. 69
 Sopolski P. 118, 133, 136, 148
 Sosada K. 31, 78, 89, 90, 137
 Srinivasan P. 43
 Stanek M. 36
 Stankiewicz R. 61
 Stawiński M. 93
 Stefaniak T. 42, 69, 70, 71, 94, 109, 122, 131, 138
 Stelmach E. 95
 Stępień T. 69
 Strojek J. 136
 Strzałka M. 104, 105
 Strzelczyk J. 8
 Sudół-Szopińska I. 86
 Suszkiewicz R. 161
 Suszkiewicz-Kiliańczyk K. 161
 Sutkowski K. 158
 Suwalski G. 35
 Swoboda-Kopeć E. 95
 Syoichi K. 164, 165
 Syunichi S. 165
 Szabliński J. 140
 Szafranski W. 114, 115
 Szajewski M. 85, 125, 134
 Szawłowski A. 5
 Szczepanek A. 31
 Szczepanik A. 42
 Szczepanik A.B. 57, 94, 147
 Szczepanik A.M. 94
 Szczepkowski M. 7, 17
 Szczęsny-Karczevska W. 43
 Szeffel J. 85
 Szmidt J. 2, 20, 24
 Sznurkowski J. 131
 Szopiński J. 45, 57, 102
 Szostek M.M. 54
 Szpakowski M. 65, 101, 149
 Szpor J. 157
 Szrot M. 89, 90, 137
 Szura M. 42, 113
 Szymańska B. 159
 Szymański M. 82, 84

Szymczyk C. 1
Szynaka B. 151

Ś

Śledziński T. 70
Śledziński Z. 44, 69, 70, 84, 94, 104, 107, 122, 131
Śliwczyński A. 162
Śłosarek P. 136
Świątkiewicz J. 93
Świątkiewicz W. 145

T

Tadatoshi T. 165
Takao O. 165
Takayama T. 158
Takeo M. 89
Tanaka H. 164
Tarnowski W. 6
Tchórzewski M. 52, 81, 144, 145, 146, 147
Tenderenda M. 160
Tokio H. 165
Tolba R. 165
Tomaszewski D. 27, 93
Tomkowski W.Z. 22
Tomoharu K. 165
Toshimi K. 164, 165
Toshiyuki H. 165
Toutouchi S. 73
Toyonari K. 164, 165
Trochimowicz L. 76, 99
Troszczyński O. 58
Trzciński R. 81, 146, 147
Trzeciak P. 66, 80, 128, 129, 130, 140
Tuliszka-Gołowkin M. 66
Turczynowski Ł. 49
Turek J. 45, 51, 81
Turska d'Amico M. 136

U

Uchida Y. 164
Uemoto S. 164

V

Vakulich D. 77

W

Walczak D. 66, 80, 128, 129, 130
Walczak J. 125
Walerzak A. 107
Waliszewski W. 93
Wallner G. 5, 6, 27
Wałęga P. 88, 142
Wiączek A. 83, 86
Wiechowska-Kozłowska A. 47
Wiewióra M. 31, 78, 89, 90, 137
Wilczek E. 74
Wilkowojska U. 74
Winiarek M. 65
Witkiewicz W. 38, 45, 51, 81

Włodarczyk M. 144, 145
Wojcicki J. 43
Wójcicki M. 5
Wojciechowicz T. 117
Wojczys R. 128
Wojtkowicz P. 151, 152
Wojtasik M. 85, 100, 142
Wojtasik P. 48
Wojtczak B. 127, 158
Wojtczak M. 144
Woźniak W. 111
Woźniewicz B. 2
Wroński K. 160
Wroński M. 39, 63, 65, 85, 100, 106, 122
Wróbel J. 60
Wróblewska M. 121
Wróblewski T. 6, 16, 18, 30, 57, 77, 97, 98
Wrzesińska N. 93
Wszoła M. 150
Wydra J. 85, 125
Wyleżoł M. 37
Wyroślak-Najs J. 6
Wysocki Ł. 141
Wysocki T. 119

Y

Yamazaki S. 158
Yasuhide M. 89
Yasuhiro O. 165
Yusuke O. 164, 165

Z

Zadrożny D. 107
Zajac A. 36, 140
Zajac L. 101
Zajac-Lenczewska I. 114
Zajaczkowska R. 10
Zakrzewska D. 25
Zaleska M. 95, 141, 143
Zalewski A. 111, 161
Zaręba K. 46, 132, 139
Zawadzki M. 38, 45, 51, 81
Zawisza R. 55
Zbucki R. 91, 151
Zdzienicki M. 53
Zegarski W. 53, 89
Zelga P. 52
Zen Y. 43
Zhurbenko G. 77
Ziarkiewicz-Wróblewska B. 18, 40
Zieliński A. 121, 134, 135
Zieliński J. 50
Zieniewicz K. 3, 20, 77, 96, 97, 98, 163
Zinkiewicz K. 36
Zińczuk J. 152
Zub-Pokrowiecka A. 36

Ż

Żółtaszek A. 130
Żuk A. 101
Żurawiński W. 78, 89, 90, 137