



68 Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich

68th Congress
of the Association
of Polish Surgeons

Kraków ■ 27-30 września 2017 roku
Cracow ■ 27th - 30th September 2017

21. Annual Meeting
of the European Society
of Surgery – ESS

2. European Meeting
of Residents and PhD
in Surgery

STRESZCZENIA



Spis treści

STRESZCZENIA WYKŁADÓW

.....	43
WSPÓŁCZESNY CHIRURG – MISTRZ TECHNIKI CHIRURGICZNEJ, CZY DODATEK DO NOWYCH OSIĄGNIĘĆ TECHNOLOGICZNYCH	
Marek Krawczyk	
.....	44
HEPATOCELLULAR CARCINOMA (RAK WĄTROBOWO KOMÓRKOWY)	
Marek Krawczyk	
.....	45
REKONSTRUKCJE PO WYCIĘCIU PRZĘŁYKU: ZALETY I WADY RÓŻNYCH TECHNIK	
Krzysztof Grabowski	
.....	46
JATROGENNE USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH: DIAGNOSTYKA I LECZENIE ENDOSKOPOWE	
Stanisław Malingier	
.....	47
ADRENALEKTOMIA LAPAROSKOPOWA – KIEDY POWIEDZIEĆ NIE?	
Maciej Otto	
.....	48
NOWOCZESNA TECHNOLOGIA MEDYCZNA A BEZPIECZEŃSTWO W CHIRURGII TARCZYCY I PRZYTARCZYC	
Marcin Barczyński	
.....	49
PALIATYWNE OPERACJE LAPAROSKOPOWE W CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ JAMY BRZUSZNEJ	
Stanisław Głuszek	
.....	50
PERFORATED PEPTIC ULCER – LAPAROSCOPIC TREATMENT	
Michał Pędziwiatr	
.....	51
BREAST SURGEON – CZY SPECJALIZACJA NARZĄDOWA MA PRZYSZŁOŚĆ?	
Kołacińska Agnieszka	
.....	52
ZAŁOŻENIA KOMPLEKSOWEGO LECZENIA RAKA PIERSI W RAMACH JEDNOSTEK TYPU BREAST UNIT	
Diana Hodorowicz-Zaniewska	
.....	53
PANEL DISCUSSION WITH EXPERTS: „CURRENT CONTROVERSIES IN THE MANAGEMENT OF THYROID CANCER”	
Marcin Barczyński	
.....	54
POPRAWA WYNIKÓW LECZENIA CHORYCH NA RAKA PIERSI W POLSCE W XXI WIEKU	
Krzysztof Herman	
.....	55
OPERACJE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH ZE WSKAZAŃ NAGŁYCH	
Michał Pędziwiatr	
.....	56
QUALITY OF TIME IN RECTAL CANCER	
Marek Bębenek	

ROZLEGŁE USZKODZENIA NARZĄDÓW MIĘSZKOWYCH – TAKTYKA LECZENIA Krystyn Sosada	57
STRATEGIA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU MNOGICH I WIELONARZĄDOWYCH OBRAŹEN JAM CIAŁA Leszek Brongel	58
OBRAŻENIA NACZYŃ JAMY BRZUSZNEJ Martek Maruszyński	59
WYNIKI OPERACJI BARIATRYCZNYCH Mariusz Wyleżół	60
ERCP I SFINKTEROTOMIA, CZY TO KONIEC CHIRURGII DRÓG ŻÓŁCIOWYCH? Marek Dobosz	61
NEKREKTOMIA ENZYMATYCZNA JAKO ALTERNATYWA TRADYCYJNYCH METOD LECZENIA RAN W ODDZIAŁACH OPARZENIOWYCH Jakub Nowakowski, Jerzy Sikorski, Karol Szymański, Krzysztof Słowiński	62
STRATEGIA LECZENIA PRZEPUKLIN POOPERACYJNYCH U CHORYCH W PODESZŁYM WIEKU Rafał Solecki	63
STANDARDY LECZENIA CZERNIAKA KOŃCZYN Piotr Rutkowski	64
STANDARDY LECZENIA PRZERZUTÓW DO OTRZEWNEJ W RAKU JELITA GRUBEGO Tomasz Jastrzębski	65
LECZENIE SKOJARZONE NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO: POSTĘP CZY STAGNACJA? Andrzej W. Szawłowski	66
WSPÓŁCZESNA ANTYBIOTYKOTERAPIA W ZAKAŻENIACH CHIRURGICZNYCH U CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK Małgorzata Bulanda	67
PRZETOKI ODBYTU: NADAL TRUDNY PROBLEM KLINICZNY Małgorzata Kołodziejczak	68
OPERACJE NAPRAWCZE W WYPADANIU ODBYTNICY Jacek Dadan	69
WSÓŁPRACA CZŁONKÓW ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO W OPARCIU O PROTOKÓŁ ERAS Maria Wójcik	70
NOWOCZESNE ASPEKTY OPIEKI NAD PACJENTEM ZE STOMIĄ Maria Kózka	71
POBIERANIE I PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW W POLSCE – WSKAŹNIKI I TRENDY Irena Milaniak	72

POSTĘPOWANIE LECZNICZO-PIELĘGNACYJNE U PACJENTÓW Z RANAMI PRZEWLEKŁYMI Katarzyna Cierzniańska	73
KRWAWIENIA Z NACZYŃ KRYTYCZNYCH – TAKTYKA POSTĘPOWANIA Józef Kładny	74
NIEBEZPIECZNA ANATOMIA I: JAK WIEDZA O ZMIENNOŚCI ANATOMICZNEJ NACZYŃ KRWIONOŚNYCH POZWAŁA UNIKAĆ POWIKŁAŃ Joanna Pilch-Kowalczyk	75
NIEBEZPIECZNA ANATOMIA II: CHIRURGIA RAKA PIERSI Arkadiusz Jeziorski	76
NIEBEZPIECZNA ANATOMIA III: CHIRURGIA RAKA JELITA GRUBEGO Marek Bębenek	77
CHIRURGIA JAMY BRZUSZNEJ A PROTOKÓŁ ERAS Michał Pędziwiatr	78
KOMPLEKSOWE POSTĘPOWANIE PRZECIWBÓLOWE W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM Jerzy Wordliczek	79
PRZEWLEKŁE LECZENIE PRZECIWZAKRZEPOWE A PLANOWE I DORAŻNE ZABIEGI CHIRURGICZNE Anetta Undas	80
SYMULACJA WYSOKIEJ WIERNOŚCI DLA PROCEDUR TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE T. Sanak	81
DOŚWIADCZENIA OSTATNICH MISJI OKIEM CHIRURGA R. Brzozowski	82
NOWE KIERUNKI W CHIRURGII NACZYNIOWEJ M. Dziekiewicz	83
OBRAŻENIA BOJOWE NA POLU WALKI – ZMIANY NA PRZESTRZENI DZIEJÓW A. Nykaza, A. Obara, M. Dziekiewicz	84
LECZENIE BIOLOGICZNE W ASPEKCIE CHIRURGII NIESWOISTYCH CHOROÓB ZAPALNYCH JELIT Marek Durlik	85
REKONSTRUKCJA PRZEWODU POKARMOWEGO PO CZASOWEJ KOŁO/ILEOSTOMII Wiesław Janusz Kruszewski	86
SYNCHRONICZNE I METACHRONICZNE PRZERZUTY RAKA JELITA GRUBEGO: JAKĄ WYBRAĆ STRATEGIĘ? Robert Król	87
PRZESZCZEPIANIE WĄTROBY U CHORYCH Z POALKOHOLOWĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NARZĄDU Krzysztof Zieniewicz	88

JATROGENNE USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH: DIAGNOSTYKA I LECZENIE ENDOSKOPOWE Stanisław Malingier	89
MARSKOŚĆ ŻÓŁCIOWA WĄTROBY – LECZENIE ENDOLUMINALNE I TRANSPLANTACJA NARZĄDOWA Marek Krawczyk	90
LAPAROSKOPOWA CHOLECYSTEKTOMIA W OSTRYM ZAPALENIU PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO Waldemar Kostewicz	91
KONCEPCJA LECZENIA RAN PRZEWLEKŁYCH TIME – SKUTECZNIE I EKONOMICZNIE Radosław Pach	92
HOW TO AVOID INJURY OF THE EBSLN DURING THYROIDECTOMY? Aleksander Konturek, Marcin Barczyński, Małgorzata Stopa-Barczyńska, Wojciech Nowak	93
ZASTOSOWANIE NEUROMONITORINGU NERWÓW KRTANIOWYCH W OPERACJACH WTÓRNYCH NA GRUCZOLE TARCZOWYM UTILIZATION OF NEUROMONITORING IN SECONDARY SURGICAL PROCEDURES ON THYROID GLAND Beata Wojtczak, Krzysztof Sutkowski, Krzysztof Kaliszewski, Mateusz Głód, Bartłomiej Knychalski, Marcin Barczyński	94
ROZGAŁĘZIENIA NERWU KRTANIOWEGO WSTECZNEGO W OPERACJACH TARCZYCY Z UŻYCIEM ŚRÓDOPERACYJNEGO NEUROMONITORINGU RECURRENT LARYNGEAL NERVE BRANCHING IN THE THYROID SURGERY WITH INTRAOPERATIVE NEUROMONITORING Beata Wojtczak, Krzysztof Kaliszewski, Krzysztof Sutkowski, Mateusz Głód, Zdzisław Forkasiewicz, Marcin Barczyński	95
NIEDROŻNOŚĆ ZROSTOWA PRZEWODU POKARMOWEGO: OPERACJA CZY LECZENIE ZACHOWAWCZE? Marek Dobosz	96
OPATRUNKI HEMOSTATYCZNE W CHIRURGII OPARZEŃ Wojciech Witkowski	97
ROLA PRODUKTÓW BIOTECHNOLOGII W LECZENIU RANY OPARZENIOWEJ Marek Kawecki	98
PROBIOTYKI W PROFILAKTYCE ZAKAŻEŃ U CHORYCH NA MARSKOŚĆ WĄTROBY Michał Grąt	99
CHIRURGIA WOJSKOWA – MIEJSCE W HISTORII CHIRURGII Edward Stanowski	100
NIEODWRACALNA ELEKTROPORACJA W LECZENIU CHORYCH Z NOWOTWORAMI WĄTROBY I DRÓG ŻÓŁCIOWYCH Krzysztof Dudek, Tadeusz Wróblewski, Krzysztof Zieniewicz	101
IRREVERSIBLE ELECTROPORATION OF LOCALLY ADVANCED PANCREATIC CANCER – LESSONS LEARNED AFTER 150 PROCEDURES Mathias Birth, Sandra Nieland, Sarah Hilswicht, Daniel Busch	102
GASTRIC CANCER: WORLDWIDE TRENDS IN STANDARDS FOR SURGICAL TREATMENT Hans-Joachim Meyer	103

DONIESIENIA USTNE

U.01	.....	105
1276	Grupa tematyczna: Chirurgia minimalnie inwazyjna LAPAROSKOPOWA APPENDEKTOMIA – CZY JEST BEZPIECZNA W RĘKACH REZYDENTA CHIRURGII OGÓLNEJ? Maciej Matyja, Piotr Major, Michał Pędziwiatr, Marcin Strzałka, Artur Kacprzyk, Jakub Droś, Marek Winiarski, Andrzej Budzyński	
U.02	.....	106
1330	Grupa tematyczna: Chirurgia minimalnie inwazyjna NAJSTARSZA PRACOWNIA ENDOSKOPOWA W POLSCE – 45 LAT DOŚWIADCZENIA POJEDYNCZEGO CENTRUM ENDOSKOPOWEGO W I KATEDRZE CHIRURGII UNIwersYTETU JagIELLOŃskiego COLLEGIUM MEDICUM W KRAKOWIE Szymon Pietruszka, Benita Siarkiewicz, Agata Paradowska, Aleksander Zając, Piotr Richter	
U.03	.....	107
1002	Grupa tematyczna: Chirurgia minimalnie inwazyjna MINI-INVASIVE DECOMPRESSION PUNCTURE OF GALLBLADDER IN ACUTE CHOLECYSTITIS TREATMENT Petr Harelík, Anatoli Dziashuk	
U.04	.....	108
1044	Grupa tematyczna: Chirurgia minimalnie inwazyjna THE EXPERIENCE IN THE APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS Oleh Kudelich, Gennadij Kondratenko, Alexei Protasevich	
U.05	.....	109
1195	Grupa tematyczna: Chirurgia minimalnie inwazyjna LAPAROSKOPOWA SPLENEKTOMIA Z POWODU SAMOISTNEJ PLAMICY MAŁOPŁYTKOWEJ Z U CHORYCH Z BARDZO NISKIM POZIOMEM PŁYTEK KRWI Anna Zychowicz, Anna Lasek, Dorota Radkowiak, Michał Pędziwiatr, Piotr Major, Piotr Małczak, Andrzej Budzyński	
U.06	.....	110
1190	Grupa tematyczna: Chirurgia naczyniowa ANGIOPLASTYKA ZWĘŻEŃ PRZETOK TĘTNICZO-ŻYLNÝCH DO DIALIZ WYKONYWANA POD KONTROLĄ ULTRASONOGRAFII Wojciech Witkiewicz, Norbert Zapotoczny, Anna Łoś, Krzysztof Dyś, Jakub Turek	
U.07	.....	111
1196	Grupa tematyczna: Chirurgia naczyniowa ŁUDZKI BEZKOMÓRKOWY PRZESZCZEP NACZYNIOWY UZYSKANY METODAMI INŻYNIERII TKANKOWEJ – PRZYSZŁOŚĆ DOSTĘPÓW NACZYNIOWYCH DO HEMODIALIZY Wojciech Witkiewicz, Norbert Zapotoczny, Krzysztof Dyś, Małgorzata Guziewicz, Anna Łoś, Jakub Turek	
U.08	.....	112
1295	Grupa tematyczna: Chirurgia naczyniowa GUZY OKOLICY PODZIAŁU TĘTNICY SZYJNEJ W MATERIALE KLINIKI CHIRURGICZNEJ 4 WSK WE WROCŁAWIU W LATACH 2013-2017 Tadeusz Dorobisz, Karolina Dorobisz, Maciej Malinowski, Kornel Pormańczuk, Michał Leśniak, Agnieszka Ziomek, Wiktor Pawłowski, Dariusz Janczak	
U.09	.....	113
1279	Grupa tematyczna: Chirurgia naczyniowa OCENA KORZYŚCI LECZENIA OPERACYJNEGO CHORYCH Z NIEMAL CAŁKOWITĄ OKLUZJĄ TĘTNIC SZYJNYCH Dariusz Janczak, Mateusz Szponder, Maciej Malinowski, Tadeusz Dorobisz, Agnieszka Ziomek, Michał Leśniak, Wiktor Pawłowski	
U.10	.....	114
1117	Grupa tematyczna: Chirurgia naczyniowa KRWOTOK DO PRZEWODU POKARMOWEGO W PRZEBIEGU NAWROTOWEJ PRZETOKI AORTALNO-DWUNASTNICZEJ – TRUDNY PROBLEM KLINICZNY Dariusz Janczak, Jerzy Garcarek, Maciej Malinowski, Mariusz Chabowski, Tadeusz Dorobisz, Michał Leśniak, Agnieszka Ziomek, Wiktor Pawłowski	

U.11	.....	115
1247	Grupa tematyczna: Chirurgia naczyniowa	
PRZETOKI AORTALNO-JELITOWE ZAOPATRYWANE WEWNĄTRZNACZYNIOWO JAKO TERAPIA POMOSTOWA DO LECZENIA OTWARTEGO, CZY LECZENIE OSTATECZNE?		
Wojciech Witkiewicz, Ryszard Grendziak, Wojciech Iwanowski, Błażej Czuwara		
U.12	.....	116
1152	Grupa tematyczna: Chirurgia onkologiczna_1	
DOŚWIADCZENIA W ZASTOSOWANIU OPERACJI MASTECTOMII Z JEDNOCZASOWĄ REKONSTRUKCJĄ PIERSI (IBR) – OBSERWACJA 8-LETNIA Z JEDNEGO OŚRODKA		
Paulina Karcz, Katarzyna Gara, Paweł Basta, Diana Hodorowicz-Zaniewska		
U.13	.....	117
1068	Grupa tematyczna: Chirurgia onkologiczna_1	
CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA LECZENIE CHIRURGICZNE RAKA PIERSI U PACJENTEK PO 65 ROKU ŻYCIA– ANALIZA 104 PRZYPADKÓW		
Benita Siarkiewicz, Diana Hodorowicz- Zaniewska, Agata Paradowska, Piotr Gawron, Daromir Godula, Piotr Richter, Antoni Szczepanik		
U.14	.....	118
1045	Grupa tematyczna: Chirurgia onkologiczna_1	
ETAPOWE RESEKCJE WĄTROBY Z SELEKTYWNĄ EMBOLIZACJĄ UKŁADU WROTNEGO U CHORYCH Z OBUSTRONNYMI MNOGIMI PRZERZUTAMI Z RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY		
Paweł Nyckowski, Andrzej Chaber, Marcin Makiewicz, Marek Wroński, Dominika Karkocha, Gustaw Lech, Maciej Słodkowski, Rafał Maciąg		
U.15	.....	119
1059	Grupa tematyczna: Chirurgia onkologiczna_1	
LAPAROSKOPOWE OPERACJE NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO – WYNIKI ODLEGŁE CHORYCH OPEROWANYCH W OKRESIE KRZYWEJ UCZENIA. DOŚWIADCZENIA WŁASNE		
Rafał Sopyło, Jakub Radziszewski, Piotr Gieraj, Eryk Chrapowicki, Andrzej Cichocki, Michał Tenderenda		
U.16	.....	120
1313	Grupa tematyczna: Chirurgia onkologiczna_2	
WYKORZYSTANIE WSKAŹNIKA MARUYAMY U CHORYCH NA RAKA ŻOŁĄDKA PO PRZEDOPERACYJNEJ CHEMIOTERAPII		
Karol Rawicz-Pruszyński, Jerzy Mielko, Bogumiła Ciseł, Andrzej Kurylcio, Magdalena Skórzewska, Kinga Franciszkiewicz-Pietrzak, Wojciech Polkowski		
U.17	.....	121
1318	Grupa tematyczna: Chirurgia onkologiczna_2	
TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION (TaTME): NOWA METODA OPERACJI RAKA ŚRODKOWEJ I DOLNEJ CZĘŚCI ODBYTNICY – OCENA WYNIKÓW OPERACYJNYCH NA PODSTAWIE WŁASNYCH WSTĘPNYCH DOŚWIADCZEŃ		
Mateusz Wierdak, Michał Pędziwiatr, Dorota Radkowiak, Piotr Małczak, Piotr Major, Jan Kulawik, Andrzej Budzyński		
U.18	.....	122
1374	Grupa tematyczna: Chirurgia onkologiczna_2	
ANATOMICZNA LOKALIZACJA NIE WPLYWA NA ROKOWANIE U CHORYCH Z NOWOTWORAMI POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO TYPU SIEWERT II I III		
Radosław Pach, Piotr Kulig, Marek Sierżęga, Piotr Kołodziejczyk, Piotr Richter, Jan Kulig		
U.19	.....	123
1191	Grupa tematyczna: Endokrynologia	
ANALIZA ROLI SERPINY-E2 ORAZ WYDZIELNICZEGO INHIBITORA PROTEINAZY LEUKOCYTARNEJ (SLPI) W PATOGENEZIE I PROGRESJI RAKA TARCZYCY		
Mateusz Brożyna, Tomasz Stępień, Magdalena Borkowska, Krzysztof Kuzdak		
U.20	.....	124
1347	Grupa tematyczna: Endokrynologia	
EKSPRESJA METALOTIONEINY I/II ORAZ ANTYGENU Ki-67 W CHOROBIE GRAWESA- BASEDOWA		
Paweł Domosławski, Bartosz Puła, Marzena Podhorska-Okolów, Piotr Dzięgiel		
U.21	.....	125
1328	Grupa tematyczna: Endokrynologia	
ULTRASONOGRAPHIC SCALES IN MANAGEMENT OF THYROID FORMATIONS AND CANCER RISK STRATIFICATION		
Volodymyr Marina, Vasyl Kolomytsev		

U.22	.....	126
1338	Grupa tematyczna: Postępy nauk podstawowych w chirurgii	
CZY MANOMETRIA PRZEŁYKU MOŻE MIEĆ WPŁYW NA DECYZJĘ CHIRURGA?		
Michał Solecki, Justyna Wyroślak-Najs, Wioletta Masiak-Segit, Grzegorz Œwik, Grzegorz Wallner		
U.23	.....	127
1298	Grupa tematyczna: Postępy nauk podstawowych w chirurgii	
WPŁYW POLIMORFIZMÓW GENÓW SYSTEMU NAPRAWY BŁĘNIE SPAROWANYCH ZASAD AZOTOWYCH NA WYSTĘPOWANIE I PRZEBIEG KLINICZNY RAKA JELITA GRUBEGO W POPULACJI POLSKIEJ		
Piotr Zelga, Karolina Przybyłowska-Sygut, Marta Zelga, Adam Dziki, Ireneusz Majsterek		
U.24	.....	128
1141	Grupa tematyczna: Postępy nauk podstawowych w chirurgii	
FasR i FasL w komórkach macierzystych raka jelita grubego		
Magdalena Szaryńska, Agata Olejniczak, Jarek Kobiela, Dariusz Łaski, Zbigniew Śledziński, Zbigniew Kmieć		
U.25	.....	129
1288	Grupa tematyczna: Powikłania w chirurgii	
POSTĘPOWANIE W PRZETOKACH TRZUSTKOWYCH TYPU C po pankreatoduodenektomii		
Marek Wroński, Włodzimierz Cebulski, Tomasz Guzel, Dominika Karkocha, Gustaw Lech, Maciej Słodkowski		
U.26	.....	130
1133	Grupa tematyczna: Powikłania w chirurgii	
ODLEGŁE SKUTKI I JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH po USZKODZENIU DRÓG ŻÓŁCIOWYCH we wnętrzu wątroby podczas cholecystektomii		
Włodzimierz Otto, Krzysztof Dudek, Bogusław Najnigier, Justyna Smaga, Janusz Sierdziński, Krzysztof Zieniewicz		
U.27	.....	131
1171	Grupa tematyczna: Powikłania w chirurgii	
WPŁYW STOSOWANIA PROTEKCYJNEJ TERAPII podciśnieniowej na częstość występowania zakażenia miejsca operowanego w miejscu likwidacji ileostomii pętłowej. Wyniki wstępne prospektywnego randomizowanego badania wieloośrodkowego		
Adam Bobkiewicz, Wojciech Francuzik, Łukasz Krokowicz, Dominik Walczak, Jacek Szmaja, Tomasz Banasiewicz		
U.28	.....	132
1350	Grupa tematyczna: Przepukliny i chirurgia tkanek miękkich	
OCENA METODY POSTERIOR COMPONENT SEPARATION w leczeniu olbrzymich przepuklin brzusznych		
Andrzej Ratajczak		
U.29	.....	133
1138	Grupa tematyczna: Przepukliny i chirurgia tkanek miękkich	
PORÓWNANIE WYNIKÓW OPERACJI PRZEPUKLIN pachwinowych z użyciem siatki samomocującej z klasycznym zabiegiem metodą Lichtensteina		
Mateusz Zamkowski, Wojciech Makarewicz, Jerzy Ropel		
U.30	.....	134
1075	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_1	
DOŚWIADCZENIA WŁASNE w wykorzystaniu błon płodowych - stan obecny i nowe perspektywy		
Agnieszka Kłama-Baryła, Diana Kitala, Małgorzata Kraut, Wojciech Łabuś, Mariusz Nowak, Marek Kawecki		
U.31	.....	135
1054	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_1	
CZY WSZCZEPNIENIE SZTUCZNEJ OPASKI HYDRAULICZNEJ jest szansą na poprawę kontroli fizjologicznych, a poprzez to psychologicznych oraz społecznych funkcji pacjentów cierpiących na krańcowe nietrzymanie stolca?		
Dorota Źelazny, Michał Romaniszyn, Piotr Wałęga		
U.32	.....	136
1061	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_1	
LECZENIE CHIRURGICZNE choroby Leśniowskiego-Crohna		
Izabela Paszkiewicz, Ina Zając-Lenczewska, Marek Dobosz		

U.33	.....	137
1067	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_1	
LECZENIE ŻYWIENIOWE W WARUNKACH DOMOWYCH CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM RAKIEM ŻOŁĄDKA		
Marcin Folwarski, Waldemar Szafrński, Marek Dobosz		
U.34	.....	138
1185	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_2	
OCENA STĘŻENIA REZYSTYNY I LEPTYNY W SUROWICY CHORYCH Z GUZEM TRZUSTKI LECZONYCH OPERACYJNIE		
Janusz Jopek, Jerzy Piecuch, Maciej Wiewióra, Elżbieta Świętochowska, Monika Szrot		
U.35	.....	139
1227	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_2	
ANALIZA SKŁADU CIAŁA METODĄ BIOIMPEDANCJI ELEKTRYCZNEJ ORAZ WYBRANYCH PARAMETRÓW BIOCHEMICZNYCH CELEM OCENY STANU ODŻYWIENIA U PACJENTÓW PRZED I PO ZABIEGU RESEKCJI WĄTROBY		
Małgorzata Fedosiejew, Michał Ławiński, Aneta Jachnis, Dariusz Włodarek, Paweł Nyckowski, Maciej Słodkowski		
U.36	.....	140
1305	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
ROLA WSKAŹNIKA WĘZŁOWEGO W ANALIZIE ROKOWANIA CHORYCH NA RAKA ŻOŁĄDKA		
Natalia Spychalska, Maciej Ciesielski, Mariusz Szajewski, Jacek Zieliński, Jakub Walczak, Jarosław Szefel, Wiesław Janusz Kruszewski		
U.37	.....	141
1293	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
ODLEGŁE WYNIKI PRZESZCZEPIANIA TRZUSTKI W POLSCE		
Paweł Skrzypek, Kaja Śmigiełska, Jarosław Czerwiński, Wojciech Lisik, Jacek Ziąja, Robert Król, Lech Cierpka, Tadeusz Grochowicki, Sławomir Nazarewski, Jacek Szmidt, Marek Durlík, Maciej Kosieradzki		
U.38	.....	142
1334	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
ANALIZA WYNIKÓW LECZENIA 2500 PACJENTÓW LECZONYCH Z POWODU ZRÓŻNICOWANEGO RAKA TARCZYCY W JEDNYM OŚRODKU		
Marek Dedecjus, Paulina Urban, Jacek Gałczyński, Piotr Góralski, Elżbieta Stachlewska-Nasfeter		
U.39	.....	143
1290	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
OPERACJE BARIATRYCZNE U SUPEROTYŁYCH CHORYCH LECZONYCH BALONEM ŻOŁĄDKOWYM PRZED OPERACJĄ		
Piotr Kalinowski, Rafał Paluszkiwicz, Piotr Remiszewski, Krzysztof Zieniewicz		
U.40	.....	144
1343	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
ENDOSKOPOWE POSZERZANIE ŁAGODNYCH ZWĘŻEŃ PRZĘŁYKU		
Stanisław Malingier, Andrzej Dryjas, Tomasz Banasiewicz		
U.41	.....	145
1301	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
MIEJSCE RADIOLOGII INTERWENCYJNEJ W LECZENIU TĘTNIAKÓW TĘTNIC OKOŁOTRZUSTKOWYCH U CHORYCH Z PRZEWLEKŁYM ZAPALENIEM TRZUSTKI		
Dominika Karkocha, Marek Wroński, Monika Wojtasik, Maciej Słodkowski		
U.42	.....	146
1306	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
CZAS PRZEŻYCIA CHORYCH W ZALEŻNOŚCI OD CECH MORFOLOGICZNYCH GUZÓW STROMALNYCH PRZEWODU POKARMOWEGO		
Emilia Korczewska-Niegierysz, Joanna Kiśluk, Zbigniew Kamocki, Łukasz Gabiec, Bogusław Kędra		
U.43	.....	147
1292	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
SPEKTRUM MIKROBIOLOGICZNE I DYNAMIKA POWIKŁAŃ SEPTYCZNYCH U CHORYCH Z MARTWICZYM ZAPALENIEM TRZUSTKI		
Marek Wroński, Włodzimierz Cebulski, Mieczysław Jankowski, Marcin Makiewicz, Dominika Karkocha, Małgorzata Potocka, Maciej Słodkowski		

U.44	.....	148
1316	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
OPERACJE Z POWODU OSTRYCH SCHORZEŃ JAMY BRZUSZNEJ U CHORYCH POWYŻEJ 80 ROKU ŻYCIA		
Wiktoria Aust, Karolina Mazurkiewicz, Wiktor Meissner, Maciej Biczysko		
U.45	.....	149
1324	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
ZABIEGI RESEKCYJNE I PLASTYKI ZWĘŻEŃ W CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA		
– CZYNNIKI RYZYKA Wczesnych i Odległych Powikłań		
Michał Mik, Kasper Maryńczak, Łukasz Dziki, Piotr Żelga, Radziław Trzciński, Adam Dziki		
U.46	.....	150
1286	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
WPŁYW DOSTĘPU TORAKOSKOPOWEGO NA REDUKCJĘ POWIKŁAŃ OKOŁOOPERACYJNYCH		
ZWIĄZANYCH Z RESEKCJĄ PRZEŁYKU Z POWODU RAKA		
Alan Błotniak, Kamil Pudło, Andrzej Dąbrowski, Grzegorz Wallner, Tomasz Skoczylas		
U.47	.....	151
1331	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
WPŁYW REALIZOWANIA PROGRAMU SZKOLENIOWEGO DLA REZYDENTÓW NA JAKOŚĆ BADAŃ		
ENDOSKOPOWYCH W CHIRURGICZNYM CENTRUM ENDOSKOPOWYM I KATEDRY CHIRURGII		
UNIwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum		
Szymon Pietruszka, Benita Siarkiewicz, Beata Żychiewicz, Aleksander Zając, Piotr Richter		
U.48	.....	152
1291	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA GOJENIE RAN U CHORYCH Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO		
Jacek Zieliński, Radosław Jaworski, Marta Pękała, Katarzyna Serkies, Janusz Jaśkiewicz		
U.49	.....	153
1304	Grupa tematyczna: Przewód pokarmowy_3	
HEV LAPVISON – NEW METHOD OF VISUALIZATION IN LAPAROSCOPIC SURGERY		
Oleksii Ogurtsov, Oleksii Lukavetsky		
U.50	.....	154
1038	Grupa tematyczna: Stany nagłe w chirurgii, chirurgia urazowa i wojskowa	
COMPLICATIONS OF THE COMBAT SURGICAL ABDOMINAL TRAUMA		
Ihor Trutyak, Ivan Bohdan, Grigorij Prohorenko, Arkadij Selensky		
U.51	.....	155
1172	Grupa tematyczna: Stany nagłe w chirurgii, chirurgia urazowa i wojskowa	
WPŁYW STOSOWANYCH WARTOŚCI PODCIŚNIENIA NA TWORZENIE SIĘ PRZETOK		
JELITOWO-ATMOSFERYCZNYCH U PACJENTÓW LECZONYCH TERAPIĄ OTWARTEGO BRZUCHA		
Z ZASTOSOWANIEM TERAPII PODCIŚNieniowej. WIELOOŚRODKOWA RETROSPEKTYWNA		
ANALIZA 632 PACJENTÓW		
Adam Bobkiewicz, Wojciech Francuzik, Bartosz Cybulka, Zbigniew Lorenc, Zoran Stojcev, Marek Szczepkowski, Marek Zawadzki, Tomasz Banasiewicz		
U.52	.....	156
1240	Grupa tematyczna: Stany nagłe w chirurgii, chirurgia urazowa i wojskowa	
OCENA SKUTECZNOŚCI E-FAST WYKONYWANEGO W SOR PRZEZ NIEDOŚWIADCZONEGO LEKARZA		
Wojciech Hap, Marcin Zawadzki, Krzysztof Kurnol, Andrzej Hap, Wojciech Kielan		

DONIESIENIA PLAKATOWE

P.01 Bariatria

1114	TYPE 1 DIABETES MELLITUS TREATMENT WITH GASTRIC PLICATION. CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH	158
Oleksiy Lukavetskiy, Yaroslav Havrysh, Roman Havrysh, Marta Kondratyk		
1111	PRZESZCZEPIANIE NEREK U PACJENTÓW PO OPERACJACH BARIATRYCZNYCH – DOŚWIADCZENIA OŚRODKA W GDAŃSKU	159
Justyna Z. Kostro, Beata Bzoma, Monika Proczko-Stepaniak, Andrzej R. Hellmann, Andrzej Chamienia, Alicja Dębska-Ślizień, Zbigniew Śledziński		
1155	WPLYW WCZEŚNIEJ PRZEBYTYCH OPERACJI CHIRURGICZNYCH W OBRĘBIE JAMY BRZUSZNEJ NA WYBRANE ASPEKTY DOTYCZĄCE CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI OLBRZYMIEJ	160
Piotr Major, Jakub Droś, Artur Kacprzyk, Michał Pędziwiatr, Piotr Małczak, Michał Wysocki, Michał Janik, Maciej Walędziak, Krzysztof Paśnik, Hadry Razak, Jacek Dadań, Monika Proczko-Stepaniak, Łukasz Kaska, Paweł Lach, Maciej Michalik, Michał Duchnik, Krzysztof Kaseja, Maciej Pastuszka, Paweł Stepuch, Andrzej Budzyński		
1170	RAK RDZENIASTY TARCZYCY – DOŚWIADCZENIA JEDNEGO OŚRODKA	161
Krzysztof Kaliszewski, Beata Wojtczak, Waldemar Balcerzak, Zdzisław Forkasiewicz, Krzysztof Sutkowski, Michał Aporowicz, Paweł Kielb, Jerzy Maksymowicz, Aleksander Krawczyk, Otto Krawiec, Paweł Domosławski		
1147	PORÓWNANIE ZESPOLENIA ŻOŁĄDKOWO-JELITOWEGO WYKONANEGO PRZY POMOCY STAPLERA OKRĘŻNEGO Z ZESPOLENIEM STAPLEREM LINIOWYM U CHORYCH LECZONYCH Z POWODU OTYŁOŚCI OLBRZYMIEJ METODĄ WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWEGO – BADANIE DWUOŚRODKOWE	162
Piotr Major, Michał Janik, Michał Wysocki, Maciej Walędziak, Michał Pędziwiatr, Piotr Kowalewski, Piotr Małczak, Magdalena Pisarska, Mateusz Wierdak, Krzysztof Paśnik, Andrzej Budzyński		
1149	CZY RADIOLOGICZNY KSZTAŁT SLEEVE'A WPLYWA NA CZĘSTOŚĆ REFLUKSU ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA?	163
Michał Wysocki, Grzegorz Torbicz, Natalia Gajewska, Michał Pędziwiatr, Piotr Małczak, Magdalena Pisarska, Jan Kulawik, Mateusz Rubinkiewicz, Marcin Migaczewski, Marek Winiarski, Andrzej Budzyński, Piotr Major		
1129	OGNISKOWE ZMIANY W NADNERCZACH U PACJENTÓW Z PRZEBYTĄ CHOROBA NOWOTWOROWĄ	164
Radosław Samsel, Andrzej Cichocki, Katarzyna Roszkowska-Purska, Lucyna Papierska, Łukasz Sawicki, Alberto Puerto-Cardozo		
1167	WOLE GUZOWATE OBOJĘTNE A INCYDENTALNY RAK TARCZYCY – JAKIE JEST OPTYMALNE POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE? RETROSPEKTYWNA ANALIZA 2032 PRZYPADKÓW	165
Krzysztof Kaliszewski, Jędrzej Grzegorzówka, Jacob Bronowicki, Sawsan Saeid, Beata Wojtczak, Marta Strutyńska-Karpińska, Zdzisław Forkasiewicz, Waldemar Balcerzak, Paweł Domosławski		
1151	CZYNNIKI RYZYKA PRZEDŁUŻONEJ HOSPITALIZACJI ORAZ READMISJI PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA ORAZ LAPAROSKOWYM WYŁĄCZENIU ŻOŁĄDKA NA PĘTLI ROUX	166
Piotr Małczak, Michał Wysocki, Grzegorz Torbicz, Natalia Gajewska, Alicja Dudek, Anna Zub-Pokrowiecka, Anna Zychowicz, Anna Rzepa, Michał Pędziwiatr, Magdalena Pisarska, Dorota Radkowiak, Andrzej Budzyński, Piotr Major		
1156	KRZYWA UCZENIA LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA	167
Michał Wysocki, Jadwiga Dworak, Michał Pędziwiatr, Jan Witowski, Mateusz Wierdak, Anna Zub-Pokrowiecka, Piotr Małczak, Michał Nowakowski, Anna Zychowicz, Andrzej Budzyński, Piotr Major		
1012	LAPAROSCOPIC GASTRIC PLICATION FOR MORBID OBESITY TREATMENT. OUR EXPERIENCE	168
Yaroslav Havrysh, Oleksij Lukaweckij, Roman Havrysh		

1150	CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA I OPERACJI WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWEGO	169
Jan Kulawik, Michał Wysocki, Michał Pędziwiatr, Marcin Migaczewski, Magdalena Pisarska, Jadwiga Dworak, Anna Zychowicz, Michał Natkaniec, Jan Witowski, Maciej Matyja, Anna Lasek, Piotr Małczak, Andrzej Budzyński, Piotr Major		
1097	EFFICIENCY OF LOCALIZATION PROCEDURES IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM	170
Volodymyr Khomyak, Nina Boyko, Oleksiy Lukavetsky, Yuriy Dovgan		
1139	NEUROMONITORING W OPERACJACH TARCZYCY W MATERIALE WŁASNYM KLINIKI CHIRURGICZNEJ 4WSK WE WROCŁAWIU	171
Jerzy Pawełczyk, Dorota Żelińska, Wiktor Pawłowski, Michał Leśniak, Tadeusz Dorobisz, Mariusz Chabowski, Agnieszka Ziomek, Dariusz Janczak		
1148	WPŁYW WIEKU PACJENTA NA WCZESNE WYNIKI LECZENIA METODĄ LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA ORAZ LAPAROSKOPOWEGO WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-JELITOWEGO	172
Piotr Małczak, Michał Wysocki, Michał Janik, Maciej Wałędziak, Piotr Kowalewski, Michał Pędziwiatr, Maciej Stanek, Magdalena Pisarska, Dorota Radkowiak, Anna Rzepa, Krzysztof Paśnik, Andrzej Budzyński, Piotr Major		
1168	TRACHEOSTOMIA U CHORYCH Z NOWOTWOREM TARCZYCY	173
Krzysztof Kaliszewski, Krzysztof Sutkowski, Beata Wojtczak, Waldemar Balcerzak, Zdzisław Forkasiewicz, Paweł Kielb, Jerzy Maksymowicz, Aleksander Krawczyk, Otto Krawiec, Paweł Domosławski		
1082	INTRODUCTION OF VIDEO-ASSISTED THYROID SURGERY IN THE SETTINGS OF CITY HOSPITAL N10, MINSK	174
Siarhei Yakubouski, Gennadzij Kondratenko		
1130	RZADKIE ZMIANY W NADNERCZACH	175
Radosław Samsel, Andrzej Cichocki, Katarzyna Roszkowska-Purska, Lucyna Papierska, Karolina Nowak, Tomasz Ostrowski		
1144	ADRENALEKTOMIA LAPAROSKOPOWA – KIEDY POWIEDZIEĆ NIE?	176
Maciej Otto		
P.02 Chirurgia minimalnie inwazyjna		
1216	CHIRURGIA UKŁADU WSPÓŁCZULNEGO – 12 LAT DOŚWIADCZEŃ OŚRODKA GDAŃSKIEGO	177
Tomasz Stefaniak, Łukasz Dobosz, Zbigniew Śledziński		
1263	PRZETOKA TRZUSTKOWO-OSIERDZIOWA I ZAGRAŻAJĄCA TAMPONADA SERCA JAKO BARDZO RZADKIE POWIKŁANIA OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI, SKUTECZNIE LECZONE METODAMI MAŁOINWAZYJNYMI – OPIS PRZYPADKU	178
Gustaw Lech, Sullivan Tadong, Maciej Słodkowski		
1029	CHIRURGIA ROBOTYCZNA DA VINCI – CZECHY 2017	179
Stanislav Czudek, Pavel Zonča, Vladimír Študent, Józef Dzielicki		
1049	LAPAROSCOPIC REPAIR OF PARAESOPHAGEAL HERNIA	180
Alexei Protasevich, Anatolij Tatur, Alexandr Plandovsky, Victor Kardis, Vadim Skachko, Kamilla Rakhimova		

1314	WPLYW GERD NA FUNKCJĘ PŁUC: OCENA WARTOŚCI LAPAROSKOPOWEJ FUNDOPLIKACJI NA STAN PACJENTÓW PRZED I PO PRZESZCZEPIE PŁUC	181
Józef Dzielicki, Marcin Maruszewski, Sławomir Żegleń, Marek Ochman, Jacek Wojarski		
1023	WYNIKI PRZESKÓRNEGO LECZENIA ROPNI WĄTROBY	182
Tomasz Miłek, Piotr Porzycki, Piotr Ciostek		
1040	LAPAROSCOPIC REPAIR OF PARAESOPHAGEAL HERNIA	183
Alexei Protasevich, Anatoly Tatur, Alexandr Plandovsky, Victor Kardis, Vadim Skachko, Kamilla Rahimova		
1048	LAPAROSKOPOWA RESEKCJA W LECZENIU TRUDNYCH POLIPÓW JELITA GRUBEGO	184
Michał Kisielewski, Michał Pędziwiatr, Marek Winiarski, Andrzej Budzyński		
1064	LAPAROSKOPOWE USUNIĘCIE NERWIAKA OSŁONKOWEGO WNEKI WĄTROBY POD KONTROLĄ ŚRÓDOPERACYJNEJ NAWIGACJI ULTRASONOGRAFICZNEJ-OPIS PRZYPADKU	185
Maciej Sebastian, Maciej Sroczyński, Jerzy Rudnicki		
1085	EFEKTY LARYNGOPLASTYKI INIEKCYJNEJ W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM PRZEPROWADZANEJ W JATROGENNYCH PORĄŻENIACH KRTANI	186
Ewelina Sielska-Badurek, Katarzyna Jędra, Maria Sobol, Kazimierz Niemczyk		
1182	PROTOKÓŁ ERAS W CHIRURGII KOŁOREKTALNEJ – CZY MOŻLIWE JEST UTRZYMANIE WYSOKIEJ REALIZACJI PROTOKOŁU?	187
Magdalena Pisarska, Michał Pędziwiatr, Natalia Gajewska, Piotr Małczak, Piotr Major, Michał Kisielewski, Michał Wysocki, Jan Witowski, Magdalena Mizera, Andrzej Budzyński		
1053	ŚRÓDOPERACYJNA ULTRASONOGRAFICZNA NAWIGACJA LAPAROSKOPOWA W TRAKCIE ADRENALEKTOMII LAPAROSKOPOWEJ	188
Maciej Sebastian, Maciej Sroczyński, Monika Sępek, Dariusz Rychlewski, Jerzy Rudnicki		
1055	VAAFT – VIDEO ASSISTED ANAL FISTULA TREATMENT. ZALETY I WADY MINIMALNIE INWAZYJNEJ TECHNIKI LECZENIA PRZETOK ODBYTU	189
Michał Romaniszyn, Piotr Wałęga		
1119	LAPAROSCOPIC HEPATICOJEJUNOSTOMY IN TREATMENT FOR ADVANCED PANCREATIC HEAD CANCER WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE	190
Mykhaylo Nychytaylo, Oleksii Kondratiuk, Yuriy Khilko, Vitaliy Kondratiuk, Andriy Kolesnyk, Natalia Yermak		
1154	WYNIKI LECZENIA GUZÓW JELITA GRUBEGO METODĄ LAPAROSKOPOWĄ W MATERIALE WŁASNYM	191
Tomasz Gach, Rafał Solecki, Wojciech Szwed, Mroslaw Szura		
1096	RESULTS AND COMPLICATIONS OF ENDOSCOPIC PAPILECTOMY	192
Petro Ogorodnyk, Andrii Deinychenko, Natalia Ermak		
1118	LAPAROSCOPIC SINGLE-PORT SURGERY IN TREATMENT FOR COMBINED ABDOMINAL AND PELVIC PATHOLOGY	193
Mykhailo Nychytaylo, Alexandr Lytvynenko, Ivan Lukecha, Liliia Nazarko		
1160	DOŚWIADCZENIE OŚRODKA GDAŃSKIEGO WYNIKAJĄCE Z DWÓCH LAT STOSOWANIA PROTOKOŁU ERAS W CHIRURGII BARIATRYCZNEJ	194
Monika Proczko-Stepaniak, Łukasz Kaska, Justyna Bigda, Paweł Twardowski, Katarzyna Zawadzka, Zbigniew Śledziński		
1197	ROBOTOWY PROGRAM BARIATRYCZNY – PIERWSZE DOŚWIADCZENIA ODLEGŁE	195
Wojciech Witkiewicz, Rafał Mulek, Marek Tuchendler, Michał Krefft, Piotr Dawidczyk		

1181	ANALIZA EPIDEMIOLOGICZNO- KLINICZNA ZAKAŻEŃ W OBRĘBIE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH PACJENTÓW Z ŻÓŁTACZKĄ ZAPOROWĄ W MATRIALE WŁASNYM. DONIESIENIE WSTĘPNE	196
Maciej Sroczyński, Jarosław Wierzbicki, Maciej Sebastian, Jerzy Rudnicki		
1153	LAPAROSKOPOWE RESEKCJE RAKA ODBYTNICY – DOŚWIADCZENIA JEDNOOŚRODKOWE	197
Tomasz Gach, Rafał Solecki, Wojciech Szwed, Mroślaw Szura		
1232	WPLYW MASY ŚLEDZIONY NA WYNIKI SPLENEKTOMII WYKONYWANYCH LAPAROSKOPOWO	198
Anna Lasek, Anna Zychowicz, Jan Kulawik, Dorota Radkowiak, Mateusz Rubinkiewicz, Piotr Małczak, Ernesta Lenkevič, Andrzej Nowak, Michał Pedziwiatr, Piotr Major, Andrzej Budzyński		
1241	CHIRURGICZNE LECZENIE RAKA JELIT GRUBEGO – LECZENIE KLASYCZNE VS LAPAROSKOPOWE	199
Jacek Rać, Piotr Kabziński, Michał Leśniak, Agnieszka Ziomek, Wiktor Pawłowski, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak		
1236	OCENA OPERACYJNEGO LECZENIA CHOROBY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO W LATACH 2011-2016 – DOŚWIADCZENIA WŁASNE	200
Stanisław Ferenc, Jan Gnus, Willy Hauzer, Andrzej Jarka, Jerzy Banaszek, Elżbieta Koleczek, Roksana Cieplucha, Agnieszka Derlecka, Wojciech Witkiewicz		
P.03 Chirurgia naczyniowa		
1056	OCENA WYNIKÓW LECZENIA OPERACJI ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH PRZY UŻYCIU SYSTEMU FLEBOGRIF W 6 MIESIĘCZNEJ OBSERWACJI	201
Willy Hauzer, Jan Gnus, Aneta Hauzer, Stanisław Ferenc, Wojciech Witkiewicz		
1116	PĘKNIĘCIE TĘTNIAKA AORTY BRZUSZNEJ DO ŻYŁY CZCZEJ DOLNEJ - JAK POSTĘPOWAĆ?	202
Dariusz Janczak, Jerzy Garcaek, Maciej Malinowski, Mariusz Chabowski, Tadeusz Dorobisz, Michał Leśniak, Agnieszka Ziomek, Wiktor Pawłowski		
1165	FUNKCJA PŁYTEK KRWI U PACJENTÓW PO ANGIOPLASTYCE TĘNIC KOŃCZYN DOLNYCH	203
Grzegorz Borowski, Aleksandra Nowaczyńska, Marek Hus, Tomasz Zubilewicz		
1189	PILNY DOSTĘP NACZYNIOWY DO HEMODIALIZY - PROTEZY DO WCZESNEJ KANIULACJI MOGĄ ZASTĄPIĆ CEWNIKI DIALIZACYJNE	204
Wojciech Witkiewicz, Norbert Zapotoczny, Anna Łoś, Jakub Turek		
1188	PROTEZA HERO JAKO DOSTĘP DIALIZACYJNY U PACJENTÓW Z NIEDROŻNOŚCIĄ ŻYŁ CENTRALNYCH	205
Wojciech Witkiewicz, Krzysztof Dyś, Norbert Zapotoczny, Anna Łoś, Jakub Turek		
1243	TROMBEKTOMIA MECHANICZNA – SKUTECZNA ORAZ MAŁOINWAZYJNA ALTERNATYWA W LECZENIU WTÓRNYCH NIEDROŻNOŚCI NACZYŃ	206
Krzysztof Dyś, Wojciech Iwanowski, Stanisław Drelichowski, Paweł Socha, Magdalena Piszczalowska-Głód, Ryszard Grendziak, Wojciech Witkiewicz		
1057	OCENA WYNIKÓW LECZENIA OPERACJI ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH PRZY UŻYCIU SYSTEMU FLEBOGRIF W 6 MIESIĘCZNEJ OBSERWACJI	207
Willy Hauzer, Jan Gnus, Aneta Hauzer, Stanisław Ferenc, Wojciech Witkiewicz		
1239	ANALIZA PORÓWNAWCZA POWIKŁAŃ NEUROLOGICZNYCH ENDARTEREKTOMII I STENTOWANIA TĘNIC SZYJNYCH	208
Wojciech Iwanowski, Katarzyna Koncewicz, Piotr Krefft, Krzysztof Szczółka, Bartosz Dołęga-Kozierowski, Krzysztof Dyś, Wojciech Witkiewicz		

1159	DOSTĘP ODTĘTNICZY W LAPAROSKOPOWEJ PANKREATODUODENIEKTOMII – WYNIKI WSTĘPNE. SŁOWA KLUCZOWE: RAK TRZUSTKI, PANKREATODUODENIEKTOMIA, DOSTĘP ODTĘTNICZY Michał Pędziwiatr, Magdalena Pisarska, Piotr Małczak, Piotr Major, Mateusz Wierdak, Dorota Radkowiak, Jan Kulawik, Marcin Dembiński, Andrzej Budzyński	209
1035	ZNIECZULENIE ZEWNĄTRZOPONOWE A RYZYKO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH U CHORYCH PO GASTREKTOMII Z POWODU RAKA ŻOŁĄDKA Tomasz Olesiński, Marta Urbańska, Andrzej Rutkowski, Marek Szpakowski, Piotr Saramak, Paulina Wieszczy, Maria Zwierko, Małgorzata Symonides	210
1142	CZYNNIKI NIEDOSZACOWANIA RAKA PIERSI W PRZYPADKU ADH STWIERDZONEGO W BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ WSPOMAGANEJ PRÓŻNIĄ Diana Hodorowicz-Zaniewska, Karolina Brzuszkiewicz, Joanna Szpor, Wojciech Kibil, Antoni Szczepanik, Piotr Richter, Katarzyna Dyląg-Trojanowska	211
1372	OCENA CZYNNIKÓW PREDYKCYJNYCH ADEKWATNEGO ZAKRESU LIMFADENIEKTOMII U CHORYCH PODDAWANYCH PANKREATODUODENIEKTOMII Z POWODU NOWOTWORÓW OKOLICY OKOŁOBRODAWKOWEJ Łukasz Bobrzyński, Marek Sierżęga, Jan Kulig, Piotr Richter	212
1112	PANKREATODUODENIEKTOMIA SP. TRAVERSO -LONGMIRE'A U ŚWIADKA JEHOBY – OPIS PRZYPADKU. Bartosz Kaczmarek, Józef Duber, Magdalena Żukowska, Piotr Krajewski, Rafał Uciński	213
1113	TERAPIA DAA MOŻE PRZYSPIESZAĆ NAWRÓT RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (HCC) U PACJENTÓW W REMISJI UZYSKANEJ LECZENIEM OPERACYJNYM – WSTĘPNE DONIESIENIA Karola Warczyńska, Maurycy Jonas, Dariusz Wasiak, Piotr Małkowski, Maciej Kosieradzki	214
113	RYZYO ZŁOŚLIWOŚCI W TORBIELOWATYCH GUZACH TRZUSTKI / CHARAKTERYSTYKA TORBIELOWATYCH GUZÓW TRZUSTKI W MATERIALE WŁASNYM Tomasz Ostrowski, Andrzej Cichocki, Radosław Samsel, Katarzyna Roszkowska-Purska, Eryk Chrapowicki, Grzegorz Nawrocki, Mariusz Jóźwiak, Michał Tenderenda	215
1158	OPERACJE LAPAROSKOPOWE RAKA ODBYTNICY NIE WIĄŻĄ SIĘ Z GORSZYMI WYNIKAMI ONKOLOGICZNYMI – PRZEGLĄD SYSTEMATYCZNY PIŚMIENICTWA I META-ANALIZA Piotr Małczak, Magdalena Mizera, Jan Witowski, Grzegorz Torbic, Piotr Major, Magdalena Pisarska, Michał Wysocki, Andrzej Budzyński, Michał Pędziwiatr	216
1022	CZY WARTOŚĆ WSPÓŁCZYNNIKÓW: C-REAKTYWNEGO BIAŁKA, ALBUMIN, UTRATY MASY CIAŁA ORAZ WIEKU CHOREGO SĄ CZYNNIKAMI PROGNOSTYCZNYMI PRZEWIDUJĄCYMI DŁUGOTRWAŁE WYNIKI LECZENIA CHORYCH PO OPERACJI RAKA GŁOWY TRZUSTKI? Tomasz Milek, Marcin Kowalski, Karol Forsyński, Piotr Ciostek	217
1069	OUTCOME FOLLOWING SURGERY FOR COLORECTAL CANCER IN PATIENTS ABOVE 80 YEARS OLD - A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE Sebastian Smolarek, Ben Rossi, Peter Labib, Elizabeth Ewers, Cara Mason, Charles Horn	218
1125	“SMALL” MEDULLARY THYROID CANCER AND ITS RELAPSE Oleh Duda, Nina Boyko	219
1108	WIELOETAPOWA RESEKCJA WIELONARZĄDOWA U PACJENTA Z PRZERZUTAMI RAKA NERKOWOKOMÓRKOWEGO DO WĄTROBY I TRZUSTKI- OPIS PRZYPADKU Bartosz Kaczmarek, Piotr Krajewski, Józef Duber, Magdalena Żukowska, Rafał Uciński	220
1127	BO NIE KAŻDY NOWOTWÓR JEST ZŁOŚLIWY Ewelina Frejlich, Przemysław Dzierżek, Wojciech Hap, Julia Rudno-Rudzińska, Wojciech Kielan	221
839	PASH (PSEUDO-ANGIOMATOUS STROMAL HYPERPLASIA) OF BREAST - A CASE REPORT Abdalla Saad Abdalla, Philip Idaewor, Marina Barron, Beata Adamczyk	222

1135	OCENA LECZENIA RAKA TRZUSTKI W POWIATOWYM ODDZIALE CHIRURGII- WŁASNE DOŚWIADCZENIA	223
Szymon Niemiec, Zuzanna Cetnar-Sokołowska, Leon Fliszkiewicz		
1089	A CASE REPORT OF A RARE GRANULAR CELL TUMOR OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL	224
Maciej Sobieć, Eric P.M. Lorenz		
1072	GRUCZOLAKORAK JAKO RZADKA ZMIANA NOWOTWOROWA JELITA CIENKIEGO - PLAKAT	225
Łukasz Koźba, Jan Wojciech Wroński, Maciej Münzberger, Piotr Wójcik		
P.05 Chirurgia onkologiczna 2		
1264	ZNACZENIE PROGNOSTYCZNE FENOTYPU KRAŻĄCYCH KOMÓREK NOWOTWOROWYCH WE KRWI I POZSIANYCH KOMÓREK NOWOTWOROWYCH W SZPIKU KOSTNYM U PACJENTÓW Z RAKIEM ŻOŁĄDKA	226
Joanna Rogala, Marek Sierzęga, Piotr Kołodziejczyk, Anna Pituch-Noworolska, Grażyna Drabik, Antoni Szczepanik, Jan Kulig, Maciej Siedlar, Piotr Richter		
1277	6-MIESIĘCY PO ZABIEGU OPERACYJNYM JAKO KLUCZOWY ELEMENT OPIEKI OKOŁOOPERACYJNEJ OSÓB W WIEKU PODESZŁYM Z RAKIEM JELITA GRUBEGO	227
Jakub Kenig, Jerzy Mituś, Urszula Olszewska, Urszula Skorus, Agata Kapelańczyk, Kamil Rapacz, Mateusz Gajda		
1282	WIEK JAKO CZYNNIK RYZYKA POWIKŁAŃ I ŚMIERTELNOŚCI PO PANKREATODUODENECTOMII – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA I METAANALIZA	228
Michał Pędziwiatr, Piotr Małczak, Magdalena Mizera, Grzegorz Torbicz, Jan Witowski, Piotr Major, Magdalena Pisarska, Andrzej Budzyński		
1311	RZADKI PRZYPADEK PIERWOTNEGO CZERNIAKA ŻOŁĄDKA	229
Maciej Twardzik, Maciej Wiewióra, Monika Szrot, Jerzy Piecuch		
1373	STĘŻENIE LEPTYNY, ADIPONEKTyny, REZYSTyny, WISFATyny W SUROWICY KRWI U PACJENTÓW Z RAKIEM GRUCZOŁOWYM PRZELYKU, PRZELYKIEM BARRETTA I CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZELYKU ORAZ OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ W PORÓWNANIU Z GRUPĄ KONTROLNĄ	230
Wioletta Masiak-Segit, Tomasz Jaworski, Krystyna Abramowicz, Grzegorz Wallner		
1325	STAN CHIRURGII KOLOREKTALNEJ W POLSCE W ROKU 2016 W ŚWIELE WYNIKÓW ANKIETY KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ	231
Maciej Matłok, Mirosław Szura, Michał Janik, Paweł Bogacki, Grzegorz Wallner		
1169	„REAL THYROID CARCINOMA” – CO OZNACZA DLA KLINICYSTY?	232
Krzysztof Kaliszewski, Paweł Kielb, Jerzy Maksymowicz, Aleksander Krawczyk, Otto Krawiec, Paweł Domosławski		
1340	POZAKOSTNY GUZ EWINGA – NIETYPOWA LOKALIZACJA ZMIANY	233
Michał Solecki, Rafał Tarkowski, Justyna Wyroślak-Najs, Grzegorz Wallner		
1287	LECZENIE OPERACYJNE OLBRYMICH OWRZODZEŃ NOWOTWOROWYCH POWŁOK CIAŁA W MATERIALE WŁASNYM	234
Jacek Zieliński, Radosław Jaworski, Krystyna Serkies, Marta Pękała, Janusz Jaśkiewicz		
1289	MIEJSCOWA RESEKCJA GUZA TRZUSTKI- CZY TO MOŻE SIĘ UDAĆ?	235
Anna Rybak, Michalina Hupało, Przemysław Pyda		
1178	WYSTĘPOWANIE RAKA TARCZYCY U CHORYCH ZAKWALIFIKOWANYCH DO OPERACJI THYROIDECTOMII W MATERIALE KLINIKI CHIRURGICZNEJ 4. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU W LATACH 2000-2016	236
Wiktor Pawłowski, Tadeusz Dorobisz, Michał Leśniak, Agnieszka Ziomek, Mariusz Chabowski, Maciej Malinowski, Dariusz Janczak		
1253	NIEODWRACALNA ELEKTROPORACJA W LECZENIU PIERWOTNEGO ORAZ NAWROTOWEGO, MIEJSCOWO NIERESEKCYJNEGO RAKA TRZUSTKI	237
Łukasz Wysocki, Maciej Słodkowski		

1369	GUZY LITE ŚLEDZIONY	238
Sławomir Gajda, Andrzej B. Szczepanik, Andrzej Misiak, Konrad Pielaciński, Wojciech P. Dąbrowski		
1245	CZY ZMIANA STĘŻENIA BDNF W SUROWICY U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU NOWOTWORÓW PRZEWODU POKARMOWEGO MOŻE MIEĆ ZNACZENIE W OCENIE RADYKAŁNOŚCI RESEKCJI? ROLA BDNF W PROGRESJI NOWOTWORÓW PRZEWODU POKARMOWEGO - DONIESIENIE WSTĘPNE	239
Tomasz Guzel, Katarzyna Mech, Andrzej Kluciński, Andrzej Krajewski, Marzena Iwanowska, Maciej Słodkowski		
1205	WIELOSPECJALISTYCZNE LECZENIE W PRZYPADKU ZAAWANSOWANEGO RAKA NADNERCZA LEWEGO WRASTAJĄCEGO DO ŻYŁY GŁÓWNEJ DOLNEJ - OPIS PRZYPADKU	240
Małgorzata Dobrzycka, Zbigniew Śledziński		
1270	OBNIŻENIE ZAWARTOŚCI WIELONIENASYCONYCH KWASÓW TŁUSZCZOWYCH W SUROWICY PACJENTÓW Z RAKIEM JELITA GRUBEGO.	241
Adriana Mika, Tomasz Śledziński, Jarek Kobiela		
1202	IMMUNOHISTOCHEMICZNA EKSPRESJA KATALAZY W GRUCZOLAKACH JELITA GRUBEGO	242
Józef Kurek, Marlena Brzozowa-Zasada, Marcin Gierek, Jakub Majewski, Adam Piecuch, Marzena Harabin-Słowińska, Katarzyna Stęplewska		
1204	OCENA IMMUNOHISTOCHEMICZNEJ EKSPRESJI KATALAZY W WYCINKACH TKANKOWYCH PACJENTÓW Z RAKIEM JELITA GRUBEGO	243
Józef Kurek, Marlena Brzozowa-Zasada, Marcin Gierek, Oliwia Segiet, Adam Piecuch, Marzena Harabin-Słowińska, Romuald Wojnicz, Katarzyna Stęplewska		
P.06 Chirurgia rekonstrukcyjna, plastyczna, oparzenia		
1071	WYKORZYSTANIE METODY DERMABRAZJI LASEROWEJ W LECZENIU BLIZN POOPARZENIOWYCH W MATERIALE CLO W LATACH 2010-2016	244
Danuta Pawlik-Knapik, Mariusz Maj, Karolina Mikuś-Zagórska, Marek Kawecki		
1070	METODA MEEK JAKO ALTERNATYWNY SPOSÓB ZAOPATRYWANIA ROZLEGŁYCH RAN OPARZENIOWYCH PRZESZCZEPEM SKÓRY WŁASNEJ W DOŚWIADCZENIU CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ IM. DR STANISŁAWA SAKIELA W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH	245
Karolina Ziółkowska, Piotr Sopolski, Marek Kawecki		
1344	STOSOWANIE LUDZKIEGO NANERWIA JAKO ALLOGENNEGO KONDUITU W NOWEJ METODZIE REGENERACJI UBYTKÓW NERWÓW OBWODOWYCH - WSTĘPNE SPRAWOZDANIE	246
Marcin Strojny, Maria Siemionow, Wojciech Malewski, Joanna Cwykiel		
1132	OPERACJE PLASTYCZNE U PACJENTÓW PO LECZENIU BARIATRYCZNYM	247
Agnieszka Wasilewska, Jerzy Strużyna, Ryszard Mądry		
1041	MANAGMENT OF POSTSTERNOTOMY MEDIASTINITIS AND STERNAL OSTEOMYELITIS AFTER CARDIAC SURGERY	248
Alexei Protasevich, Anatoliy Tatur, Victor Kardis, Mikhail Popov, Nicolay Volodkovich, Mikhail Kudin		
1235	ANALIZA WCZESNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA ZGONU OPARZONYCH	249
Agnieszka Surowiecka-Pastewka, Wojciech Witkowski, Marek Kawecki		
1074	ALKOHOLIZM, OTYŁOŚĆ, CUKRZYCA I INNE WYBRANE CZYNNIKI PREDYKCYJNE WPŁYWAJĄCE NA PRZEŻYCIE CHORYCH OPARZONYCH. ANALIZA 105 PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W 2015 ROKU W CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ	250
Diana Kitala, Agnieszka Kłama-Baryła, Wojciech Łabuś, Małgorzata Kraut, Mariusz Nowak, Marek Kawecki		

1101	ENZYMATYCZNA DEMARKACJA RAN OPARZENIOWYCH W DOŚWIADCZENIU CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ IM. DR STANISŁAWA SAKIELA W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH Karolina Ziółkowska, Piotr Sopolski, Marek Kawecki	251
1065	NEKREKTOMIA ENZYMATYCZNA JAKO ALTERNATYWA TRADYCYJNYCH METOD LECZENIA RAN W ODDZIAŁACH OPARZENIOWYCH Jakub Nowakowski, Karol Szymański, Jerzy Sikorski, Krzysztof Słowiński	252
1093	ZASTOSOWANIE NOWOCZESNYCH OPATRUNKÓW W LECZENIU TRUDNOGOJĄCYCH SIĘ RAN Jakub Nowakowski, Marcin Strojny, Karol Szymański, Krzysztof Słowiński	253
1077	POWIKŁANIA OPARZEŃ SPOWODOWANYCH PRĄDEM ELEKTRYCZNYM - OPISY PRZYPADKÓW KLINICZNYCH Przemysław Strzelec, Piotr Wróblewski, Mariusz Trzaska, Mariusz Nowak, Marek Kawecki	254
1078	RESUSCYTACJA PŁYNOWA W OKRESIE WSTRZĄSU OPARZENIOWEGO Przemysław Strzelec, Piotr Wróblewski, Mariusz Trzaska, Mariusz Nowak, Kawecki Marek	255
1079	PRACA POGLĄDOWA. OPARZENIE JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY Przemysław Strzelec, Piotr Wróblewski, Michał Werner, Piotr Sopolski, Marek Kawecki, Mariusz Nowak	256
1073	PRZEGLĄD PROCEDUR USUWANIA KOMÓREK Z TKANEK WLECZENIU OPARZEŃ Wojciech Łabuś, Justyna Glik, Mariusz Maj, Agnieszka Kłama-Baryła, Diana Kitala, Małgorzata Kraut, Mariusz Nowak, Marek Kawecki	257
P.07 Endokrynologia		
1329	SERIA 200 KOLEJNYCH NIEPOWIKŁANYCH LAPAROSKOPOWYCH OPERACJI OMEGA LOOP GASTRIC BY-PASS - WYNIK STANDARYZACJI PROCEDURY OPARTEJ NA ANALIZIE RYZYKA Justyna Bigda, Łukasz Kaska, Monika Proczko-Stepaniak, Marta Stankiewicz, Dominika Babińska, Katarzyna Zawadzka, Paweł Twardowski, Zbigniew Śledziński	258
1342	CZYNNIKI RYZYKA PRZEDŁUŻONEJ HOSPITALIZACJI PO LAPAROSKOPOWEJ ADRENALEKTOMII Z DOSTĘPU PRZEZOTRZEWNOWEGO BOCZNEGO Jadwiga Dworak, Magdalena Pisarska, Michał Natkaniec, Michał Pędziwiatr, Krzysztof Przeczek, Piotr Major, Andrzej Budzyński	259
1254	WPŁYW RÓŻNYCH PROCEDUR BARIATRYCZNYCH NA STĘŻENIE KWASÓW ŻÓŁCIOWYCH W SUROWICY Adriana Młka, Łukasz Kaska, Monika Proczko-Stepaniak, Justyna Bigda	260
1294	RADYKALIZACJA LECZENIA BARIATRYCZNEGO PO NIESKUTECZNEJ GASTREKTOMII MANKIETOWEJ Łukasz Kaska, Maciej Wilczyński, Monika Proczko-Stepaniak, Justyna Bigda, Maciej Kaczor, Zbigniew Śledziński	261
1312	LAPAROSKOPOWA ADRENALEKTOMIA Z DOSTĘPU PRZEZOTRZEWNOWEGO BOCZNEGO DUŻYCH GUZÓW NADNERCZA Jadwiga Dworak, Michał Natkaniec, Michał Pędziwiatr, Piotr Major, Marcin Migaczewski, Anna Rzepa, Andrzej Budzyński	262
1322	POOPERACYJNE FLUKTUACJE STĘŻENIA WAPNIA W PIERWSZEJ DOBIE PO RADYKALNEJ OPERACJI TARCZYCY Z POWODU NOWOTWORU NIE SĄ POWIKŁANIEM? Marek Dedecjus, Piotr Góralski, Jacek Gałczyński, Daria Kalińska, Elżbieta Stachlewska, Paulina Urban	263
1223	WPŁYW OPERACJI DRENAŻOWYCH TRZUSTKI, WYKONYWANYCH W LECZENIU POWIKŁANEGO PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA TRZUSTKI, NA CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CUKRZYCY W PRZEBIEGU POOPERACYJNYM Michał Hampel, Marek Durlik	264

1297	NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY JAKO WSKAZANIE DO PILNEJ OPERACJI TARCZYCY	265
Piotr Malinowski, Wojciech Matuszewski, Michał Grabala, Przemysław Puskiewicz, Joanna Rutkowska, Elżbieta Bandurska-Stankiewicz		
1317	CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA TRUDNOŚĆ LAPAROSKOPOWEJ ADRENALEKTOMII Z DOSTĘPU PRZEZOTRZEWNOWEGO BOCZNEGO	266
Michał Natkaniec, Jadwiga Dworak, Michał Pędziwiatr, Magdalena Pisarska, Piotr Major, Marcin Dembiński, Andrzej Budzyński		
1201	RAK RDZENIASTY TARCZYCY W STADIUM ROZSIEWU DO WĘZŁÓW CHŁONNYCH PRZEDZIAŁU BOCZNEGO SZYI – CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ORAZ CZYNNIKI RYZYKA	267
Jarosław Świrta, Michał Romaniszyn, Marcin Barczyński		
1285	PROSPEKTYWNA OCENA WYNIKÓW LECZENIA PACJENTÓW Z OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ PO ZASTOSOWANIU 2 TYPÓW OPERACJI WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWEGO-JELITOWEGO: ROUX-EN-Y- I OMEGA LOOP-GASTRIC BY-PASS	268
Maciej Kaczor, Maciej Wilczyński, Łukasz Kaska, Monika Proczko-Stepaniak, Justyna Bigda, Zbigniew Śledziński		
1199	POTENCJALNIE ZŁOŚLIWY GUZ CHROMOCHŁONNY NADNERCZA – OPIS PRZYPADKU	269
Katarzyna Pietraszewska, Jakub Maroszyk		
1218	STAN CHIRURGII METABOLICZNEJ W POLSCE W ŚWIELE WYNIKÓW ROCZNEJ ANKIETY KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ W ROKU 2016	270
Maciej Matłok, Michał Janik, Grzegorz Wallner		
1215	CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA OBJAWÓW CHOROBY REFLUKSOWEJ ŻOŁĄDKOWO – PRZEŁYKOWEJ U CHORYCH PO LAPAROSKOPOWYM ZABIEGU RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA WYKONYWANYM Z POWODU OTYŁOŚCI OLBRYZYMIEJ	271
Michał Janik, Maciej Matłok, Piotr Kowalewski, Maciej Walędziak, Krzysztof Paśnik		
1267	MICROCARCINOMA PAPILLARE - STRUMECTOMIA TOTALNA CZY SUBTOTALNA?	272
Jadwiga Snarska, Artur Zalewski, Krzysztof Jacyna, Rafał Suszkiewicz, Bartłomiej Biedziuk, Agata Kozłowska, Maciej Kuciel, Katarzyna Suszkiewicz-Kiliańczyk, Piotr Masiulaniec, Maciej Michalak, Małgorzata Barwiejuk		
1302	NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA JELIT SPOWODOWANA PRZEMIESZCZENIEM BALONU ŻOŁĄDKOWEGO – OPIS PRZYPADKU	273
Maciej Twardzik, Maciej Wiewióra, Marek Glück, Jerzy Piecuch		
1206	ZASTOSOWANIE STAPLERA AUTOMATYCZNEGO W CHIRURGII BARIATRYCZNEJ – DOŚWIADCZENIA WŁASNE	274
Mariusz Łobejko, Krzysztof Nocoń, Urszula Kukła, Jan Kalaciński		
1209	OCENA WPŁYWU POSZCZEGÓLNYCH CZYNNIKÓW NA PRAWDOPODOBIENSTWO ZAKAŻENIA RANY POOPERACYJNEJ PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA	275
Krzysztof Nocoń, Urszula Kukła, Jan Kalaciński, Mariusz Łobejko		
P.08 Inne		
1110	STENTOWANIE MOCZOWODU PODCZAS PRZESZCZEPIANIA NEREK - DOŚWIADCZENIA OŚRODKA W GDAŃSKU	276
Beata Bzoma, Justyna Z. Kostro, Andrzej R. Hellmann, Andrzej Chamienia, Stanisław Hać, Alicja Dębska-Ślizień, Zbigniew Śledziński		
1104	OPORNOŚĆ SZCZEPÓW PAŁECZEK GRAM-UJEMNYM Z RODZINY ENTEROBACTERIACEAE NA KARBAPENEMY – IZOLOWANYCH Z PRÓBEK MATERIAŁÓW KLINICZNYCH OKOLICY MIEJSCA OPEROWANEGO (ZMO) POBRANYCH OD PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACJI	277
Dariusz Kawecki, Robert Kuthan, Anna Sawicka-Grzelak, Wojciech Lisik, Beata Łągiewska, Grażyna Młynarczyk, Maciej Kosieradzki		
1198	EKSPRESJA RECEPTORÓW KININ W RAKU JELITA GRUBEGO	278
Józef Kurek, Krzysztof Nocoń, Grzegorz Machnik, Andrzej Plewka, Ewa Klimacka-Nawrot, Antoni Stadnicki		

1203	JAKOŚĆ ŻYCIA U PACJENTÓW Z NADPOTLIWOŚCIĄ DŁONIOWĄ PO ZABIEGU OBUSTRONNEJ SYMPATEKTOMII PIERSIOWEJ	279
Łukasz Dobosz, Tomasz Stefaniak, Zbigniew Śledziński		
1327	SUBIEKTYWNA I OBIEKTYWNA OCENA POTLIWOŚCI PRZY KWALIFIKACJI DO SYMPATEKTOMII PIERSIOWEJ PACJENTÓW Z NADPOTLIWOŚCIĄ PIERWOTNĄ O DOMINANCIE DŁONIOWEJ	280
Łukasz Dobosz, Tomasz Stefaniak, Zbigniew Śledziński		
1183	SYMPATEKTOMIE PIERSIOWE U PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W KLINICE CHIRURGICZNEJ 4 WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU – OBSERWACJA PIĘCIOLETNIA	281
Mariusz Chabowski, Maciej Nowicki, Michał Leśniak, Tadeusz Dorobisz, Maciej Malinowski, Wiktor Pawłowski, Agnieszka Ziomek, Dariusz Janczak		
1220	SZKOLENIE PODSTAWOWE W ZAKRESIE LAPAROSKOPII DLA STUDENTÓW MEDYCYN – ZA CZY PRZECIW?	282
Włodzimierz Majewski, Ewa Zamojska - Kościów, Martyna Skirmunt		
1336	ANALIZA LOKALNEJ ANESTEZJI Z WYKORZYSTANIEM ROPIWAKAINY ORAZ ADRENALINY U PACJENTÓW PODDAWANYCH ALLOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO I KOLANOWEGO	283
Bartłomiej Szpyra, Aleksander Konturek, Grzegorz Kwiatkowski		
1106	STARSZE OSOBY W ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH- WYZWANIA W CODZIENNEJ PRAKTYCE	284
Przemysław Dzierżek, Krzysztof Kurnol, Ewelina Frejlich, Krzysztof Kotulski, Julia Rudno-Rudzińska		
1194	PORÓWNANIE WARTOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ METOD U PACJENTÓW Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZĘŁYKU	285
Józef Kurek, Krzysztof Nocoń, Izabela Kafel, Antoni Stadnicki, Krzysztof Ptaszkiewicz		
1200	WARTOŚĆ DIAGNOSTYCZNA MANOMETRII WYSOKIEJ ROZDZIELCZOŚCI (MWR) I ENDOSKOPII W ROZPOZNANIU PRZEPUKLINY ROZWORU PRZĘŁYKOWEGO U PACJENTÓW Z GERD	286
Józef Kurek, Adam Kurek, Ewa Klimacka-Nawrot, Katarzyna Bilnik, Antoni Stadnicki		
1280	MIKROBIOTA OKRĘŻNICY W DOŚWIADCZALNYM MODELU OSTREGO WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA OKRĘŻNICY U SZCZURÓW	287
Romualda Wojcysz, Paweł Domosławski		
1109	NEW METHOD TO DETERMINE THE DEGREE OF TISSUE HYDRATION	288
Vasily Kazuschik, Aliaksander Karman		
1208	WYNIKI LECZENIA PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK METODĄ TRANSPLANTACJI NERKI - ANALIZA 810 PRZYPADKÓW	289
Beata Bzoma, Małgorzata Dobrzycka, Alicja Dębska-Ślizień, Andrzej Chamienia, Anna Milecka, Stanisław Hać, Zbigniew Śledziński		
1034	ZASTOSOWANIE PROTEZ PRZĘŁYKOWYCH W ENDOSKOPOWYM LECZENIU ZABURZEŃ POŁYKANIA	290
Michał Putko, Cezary Płatkowski, Marek Dobosz, Anna Kowalik, Marcin Folwarski		
1272	RĘKAWICZKI CHIRURGICZNE POKRYTE MATERIAŁEM SUPERHYDROFOBOWYM MOGĄ ZMNIEJSZAĆ KONTAMINACJĘ POŁA OPERACYJNEGO	291
Maciej Śledziński, Marek Bronk		
1212	„MINI-EPIDEMIA” NIEDROŻNOŚCI ŻÓŁCIOWEJ – OPIS PRZYPADKÓW (MATERIAŁ WŁASNY)	292
Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska, Jarosław Szymczuk, Grzegorz Pogorzelski, Jacek Pierko, Hanna Agata Gimer, Michał Posmyk		
1307	TECHNOLOGIA UBIERALNA („WEARABLE”) I PROZDROWOTNE APLIKACJE MEDYCZNE – WYKORZYSTANIE PRZEZ STUDENTÓW MEDYCYN I LEKARZY	293
Natalia Wrzesińska, Sebastian Willenberg, Homero Rivas		

1175	KWAS NADOCTOWY JAKO POTENCJALNY CZYNNIK INDUKUJĄCY OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI	294
Dagmara Korjat, Zbigniew Śledziński, Michał Woźniak, Agata Zauszkiewicz-Pawlak, Kamil Jankowski		
1266	KWAS NADOCTOWY JAKO POTENCJALNY CZYNNIK INDUKUJĄCY OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI	295
Dagmara Korjat, Zbigniew Śledziński, Agata Zauszkiewicz-Pawlak, Michał Woźniak		
1268	NADKWAS OCTOWY JAKO PRAWDOPODOBNY EFEKTOR BIAŁKOWEJ FOSFATAZY TYROZYNOWEJ CD45	296
Dagmara Korjat, Zbigniew Śledziński, Alicja Kuban-Jankowska, Michał Woźniak		
1039	OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY W PRZEBIEGU LECZENIA UWIEŻNIĘTEJ PRZEPUKLINY KRESY BIAŁEJ U PACJENTA Z ALKOHOLOWĄ MARSKOŚCIĄ WĄTROBY	297
Nina Moroz, Jakub Litwiński, Maciej Wrzesiński, Marta Wawrzynowicz-Syczewska, Ryszard Wierzbicki		
1332	RZADKIE POWIKŁANIA ENDOSKOPII GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO - DOŚWIADCZENIE AMBULATORYJNEJ PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ	298
Szymon Pietruszka, Benita Siarkiewicz, Adam Skórka, Jakub Wnuk, Aleksander Zajac, Piotr Richter		
1081	ZASTOSOWANIE DALBAWANCYNY (XYDALBA) W LECZENIU MARTWICZEGO ZAPALENIA POWIĘZI - OPIS PRZYPADKU	299
Wojciech Cierach, Honorata Stadnik, Marek Karczewski		
1145	RAK GRUCZOŁOWY W POWŁOKACH JAMY BRZUSZNEJ WYWODZĄCY SIĘ Z MOCZOWNIKA - OPIS PRZYPADKU	300
Sylvia Kustalik, Piotr Klejszmit, Edyta Santorek-Strumiłło, Sławomir Jabłoński		

P.09 Opieka okołoperacyjna i leczenie żywieniowe

1157	PORÓWNANIE OPIEKI POOPERACYJNEJ PROWADZONEJ ZGODNIE Z PROTOKOŁEM ERAS U PACJENTÓW PODDANYCH OPERACJI LAPAROSKOPOWEJ RESEKCJI RĘKAWOWEJ ŻOŁĄDKA I LAPAROSKOPOWEGO OMINIĘCIA ŻOŁĄDKOWO JELITOWEGO	301
Piotr Major, Tomasz Stefura, Michał Wysocki, Magdalena Pisarska, Piotr Małczak, Jan Witowski, Michał Pędziwiatr, Maciej Stanek, Marcin Dembiński, Anna Zychowicz, Marek Winiarski, Piotr Budzyński, Michał Kisielewski, Mateusz Rubinkiewicz, Anna Zub-Pokrowiecka, Andrzej Budzyński		
1036	LECZENIE BÓLU POOPERACYJNEGO – WYDAJNY STANDARD POSTĘPOWANIA W ODDZIALE CHIRURGICZNYM	302
Krzysztof Graff, Irmina Śmietańska, Stanisław Hać, Tomasz Stefaniak, Zbigniew Śledziński, Radosław Owczuk		
1126	CZY JESTEŚMY GOTOWI NA PROTOKÓŁ ERAS W CHIRURGII KOLOREKTALNEJ?	303
Michał Kisielewski, Mateusz Rubinkiewicz, Michał Pędziwiatr, Kazimierz Rembiasz, Andrzej Budzyński		
1237	ERAS – WPROWADZANIE PROTOKOŁU, A PRZESZKODY NAPOTYKANE W POLSKICH ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH	304
Wojciech Hap, Julia Rudno-Rudzińska, Ewelina Frejlich, Krzysztof Kotulski, Wojciech Kielan		
1244	WZROST STĘŻENIA KREATYNINY W SUROWICY KRWI I POWIKŁANIA U PACJENTÓW PODDANYCH ZABIEGOM OPERACYJNYM Z POWODU GUZÓW JELITA GRUBEGO, A REALIZACJA ZALECEŃ DOTYCZĄCYCH PODAŻY PŁYNÓW	305
Wojciech Hap, Katarzyna Hap, Oktawia Mazanowska, Julia Rudno-Rudzińska, Ewelina Frejlich, Wojciech Kielan		
1123	GASTROSTOMIA OPERACYJNA WCZORAJ I DZIŚ. KIEDY I JAK?	306
Adam Skalski, Aleksander Stał, Marcin Zawadzki, Kacper Szczudlik, Przemysław Dzierżek, Robert Tarnawa, Wojciech Kielan		
1161	NOWA SKALA ROZPOZNAWANIA NIEDOŻYWIENIA I SCHEMAT PRZEDOPERACYJNEGO POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM NIEDOŻYWIONYM	307
Przemysław Matras, Katarzyna Kłos, Lidia Bartoszevska, Mariusz Matuszek, Sławomir Rudzki		

P.10. Postępy nauk podstawowych w chirurgii

1375	.....	308
NISKI POZIOM EKSPRESJI GENÓW HENT1 I DCK ORAZ WYSOKI POZIOM EKSPRESJI GENU RRM1 NEGATYWNYMI CZYNNIKAMI PROGNOSTYCZNYMI U CHORYCH Z RAKIEM TRZUSTKI LECZONYCH GEMCYTABINĄ		
Radosław Pach, Marek Sierżęga, Piotr Kulig, Janusz Legutko, Jan Kulig		
1273	.....	309
EKSPRESJA GENÓW HTRA W ONKOGENEZIE JELITA GRUBEGO		
Jarek Kobiela, Dorota Żurawa-Janicka, Tomasz Śleboda, Marcin Stanisławowski, Rafał Pęksa, Tomasz Wentą, Piotr Wierzbicki, Andrzej Łachiniński, Zbigniew Kmieć, Wojciech Biernat, Barbara Lipińska		
1315	.....	310
TELEMEDYCYNĄ JAKO FORMĄ WIDEO KONSULTACJI Z PACJENTEM- OPINIA CHIRURGÓW.		
Józef Dzieliński, Witold Łukas, Stanisław Czudek, Dariusz Dzieliński, Paweł Mikos		
1352	.....	311
WYBRANE MEDIATORY REAKCJI ZAPALNEJ I ANTYOKSYDANTY U CHORYCH Z OSTRYM ZAPALENIEM TRZUSTKI, PALĄCYCH TYTOŃ I NIEPALĄCYCH		
Grzegorz Marek, Milena Ścisłowska, Zygmunt Grzebieniak, Anil Agrawal, Wojciech Kielan, Halina Milnerowicz		
1326	.....	312
OCENA ZNACZENIA WIRUSA HPV W PATOGENEZIE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH PRZEWODU POKARMOWEGO		
Dariusz Waniczek, Zbigniew Lorenc, Angelika Copija, Ewa Nowakowska-Zajdel		
1226	.....	313
DELOKALIZACJA JONÓW ŻELAZAWYCH JAKO SKUTECZNA METODA PRZECIWDZIAŁANIA FERROPTOTYCZNYM POWIKŁANIOM ISCHEMII-REPERFUZJI W NARZĄDACH PRZEZNACZONYCH DO PRZESZCZEPU		
Narcyz Knap, Michał Woźniak, Zbigniew Śledziński, Ryszard Smoleński		
1278	.....	314
ZMIANY W SUBPOPULACJACH LIMFOCYTÓW T REGULATORYWYCH ORAZ TH17 W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM U CHORYCH Z RAKIEM JELITA GRUBEGO.		
Mateusz Rubinkiewicz, Izabela Górka, Michał Kisieliński, Anna Lasek, Marcin Migaczewski, Michał Pędziwiatr, Jarosław Baran, Andrzej Budzyński		
1299	.....	315
PRZEBIEG KLINICZNY RAKA JELITA GRUBEGO W ZALEŻNOŚCI OD WYSTĘPOWANIA JEDNEGO Z TRZECH FENOTYPÓW RECEPTORA ŚMIERCI PROGRAMOWEJ 1 (PD-1)		
Michał Kazanowski, Zygmunt Grzebieniak, Wojciech Kielan, Jan Kazanowski, Irena Frydecka, Edyta Pawlak-Adamska		
1349	.....	316
PROFIL PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM CHOROBY REFLUKSOWEJ W BADANIACH MII-PH-METRYCZNYCH		
Justyna Wyroślak-Najs, Michał Solecki, Wioletta Masiak-Segit, Grzegorz Wallner		
1025	.....	317
ZWIĄZEK POMIĘDZY POURAZOWĄ REDYSTRYBUCJĄ NIEKTÓRYCH KOMÓREK KRWI OBWODOWEJ, A WYSTĘPOWANIEM POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH		
Andrzej Gryglewski, Piotr Richter, Marian Szczepaniak		
1015	.....	318
ACHALAZJA UWARUNKOWANA GENETYCZNIE – PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA		
Anita Suwała, Jan Pawlus, Andrzej Białek, Tadeusz Sulikowski		

P.11 Powikłania w chirurgii

1031	.....	319
KLINICZNE PREDYKATORY POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH U CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM		
Beata Żychiewicz, Lucyna Ścisło, Elżbieta Walewska, Benita Siarkiewicz, Szymon Pietruszka, Piotr Richter, Andrzej Budzyński		
1310	.....	320
CZYNNIKI RYZYKA REOPERACJI W CHIRURGII JAMY BRZUSZNEJ – DOŚWIADCZENIA JEDNEGO OŚRODKA		
Marcin Zawadzki, Aleksander Stal, Wojciech Kielan, Zygmunt Grzebieniak		
1105	.....	321
WRAŻLIWOŚĆ SZCZEPÓW PAŁECZEK GRAM-UJEMNYM Z RODZINY ENTEROBACTERIACEAE NA KARBAPENEMY – IZOLOWANYCH Z PRÓBEK MOCZU (ZUM) POBRANYCH OD PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ – CRE (CARBAPENEM RESISTANT ENTEROBACTER		
Robert Kuthan, Dariusz Kawecki, Anna Sawicka-Grzelak, Wojciech Lisik, Jacek Pliszczyski, Grażyna Młynarczyk, Maciej Kosieradzki		

1225	CZEGO NAS UCZY ANALIZA POWIKŁAŃ I NIEZGODNOŚCI?	322
Tomasz Stefaniak, Zbigniew Śledziński, Stanisław Hać, Dariusz Łaski		
1103	OPORNOŚĆ SZCZEPÓW PAŁECZEK GRAM-UJEMNYCH Z RODZINY ENTEROBACTERIACEAE NA KARBAPENEMY – IZOLOWANYCH Z PRÓBEK MATERIAŁÓW KLINICZNYCH POBRANYCH OD PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ – CRE (CARBAPENEM RESISTANT EN)	323
Dariusz Kawecki, Robert Kuthan, Anna Sawicka-Grzelak, Wojciech Lisik, Ksenia Szymanek-Majchrzak, Beata Łągiewska, Jarosław Czerwiński, Jacek Pliszczczyński, Agnieszka Jóźwik, Grażyna Młynarczyk, Maciej Kosieradzki		
1238	FRAKCJA WYRZUTOWA JAKO ISTOTNY CZYNNIK RYZYKA POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH W CHIRURGII OGÓLNEJ	324
Wojciech Hap, Przemysław Dzierżek, Krzysztof Kurnol, Ewelina Frejlich, Wojciech Kielan		
1257	OPERACJE NAPRAWCZE Z UŻYCIEM WSTAWKI JELITOWEJ Z POWODU JATROGENNYCH USZKODZEŃ MOCZOWODÓW W MATERIALE WŁASNYM	325
Piotr Marczyński, Beata Banaczyk, Łukasz Michalczyk, Wojciech Tur		
1146	CZYNNIKI RYZYKA POWIKŁAŃ PO OPERACJACH NAPRAWCZYCH PRZETOK JELITA CIENKIEGO	326
Andrzej Kluciński, Marek Wroński, Włodzimierz Cebulski, Bartosz Witkowski, Tomasz Guzel, Marcin Makiewicz, Andrzej Krajewski, Maciej Słodkowski		
1249	POPRESZCZEPOWA CHOROBA LIMFOPROLIFERACYJNA JAKO PRZYCZYNA RZADKIEGO POWIKŁANIA - TĘTNIAKA RZEKOMEGO ZESPOLENIA TĘTNICZEGO PO PRZESZCZEPIE NERKI	327
Ryszard Grendziak, Marek Tuchendler, Wojciech Witkiewicz, Wojciech Iwanowski		
1032	OLBRZYMIE ROPNIE PRZESTRZENI POZAOTRZEWNOWEJ-PREZENTACJA PRZYPADKÓW	328
Szymon Niemiec, Dagmara Radziuk, Mariusz Wesecki		
P.12 Przepukliny i chirurgia tkanek miękkich		
1098	PROGNOSTIC VALUE OF USING NEUTROPHIL-LYMPHOCYTE RATIO IN PATIENTS WITH BURN DISEASE FOR THE DIAGNOSIS OF PURULENT COMPLICATIONS	329
Julia Fuss, Anna Voloboyeva, Dmytro Romanchak		
1333	SKUTECZNE I NIEPOWIKŁANE ZABIEGI PLASTYKI PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ U STARSZYCH PACJENTÓW - CZY ZAWSZE UWAŻNA OBSERWACJA JEST ZALECANA?	330
Piotr Zelga, Mateusz Pryt, Marta Zelga, Adam Dziki		
1337	OLBRZYMIE PRZEPUKLINY BRZUSZNE – DOŚWIADCZENIA WŁASNE	331
Robert Skibiński, Czesław Osuch, Magdalena Mizera, Paulina Galos, Andrzej Matyja		
1303	WPŁYW SPOSOBU MOCOWANIA SIATKI PRZEPUKLINOWEJ NA PRZEBIEG POOPERACYJNY PACJENTÓW PODDANYCH OPERACJI METODĄ LICHTENSTEINA - WSTĘPNE WYNIKI BADANIA PROSPEKTYWNE RANDOMIZOWANEGO	332
Michał Zelek, Rafał Solecki, Krzysztof Wąż, Mirosław Szura		
1121	REKONSTRUKCJA POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ W POPORODOWEJ NIEWYDOLNOŚCI PRZEDNIEJ ŚCIANY BRZUCHA – DONIESIENIE WSTĘPNE	333
Jacek Topa, Katarzyna Gotfryd-Bugajska, Wojciech Szwed, Mirosław Szura		
1027	TECHNIKA CAŁKOWICIE POZAOTRZEWNOWA (TEP) W LECZENIU PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH.	334
Konrad Pielaciński, Tadeusz Wróblewski, Michał Kuryłowicz, Diana Iwaniuk, Wojciech Paweł Dąbrowski, Andrzej Bogusław Szczepanik		
1335	PRZEPUKLINY OKOŁOSTOMIJNE – METODY LECZENIA	335
Robert Skibiński		

1186	OBJAWOWA PRZEPUKLINA TRÓJKĄTA MOSTKOWO-ŻEBROWEGO – OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW	336
Michał Mirecki, Krystyna Abramowicz, Witold Zgodziński, Justyna Wyroślak-Najs, Grzegorz Wallner		
1271	OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO OPERACJACH PRZEPUKLINY PĘPKOWEJ PRZY ZASTOSOWANIU NOWYCH MATERIAŁÓW WSZCZEPIALNYCH	337
Mikołaj Wasiak, Agnieszka Chmielińska, Roman Danielewicz, Maciej Kosieradzki		
1229	OCENA WYNIKÓW OPERACJI PRZEPUKLIN POŚRODKOWEJ LINII CIAŁA ORAZ JAKOŚCI ŻYCIA W ZALEŻNOŚCI OD SPOSOBU ZAOPATRZENIA WRÓT PRZEPUKLINY	338
Agnieszka Jóźwik, Mikołaj Wasiak, Radosław Cylke, Dariusz Wasiak, Maciej Kosieradzki		
 P.13 Przewód pokarmowy 1		
1063	WARTOŚĆ ROKOWNICZA SUROWICZEGO POZIOMU VEGF U CHORYCH Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO	339
Elżbieta Gallus, Szymon Pietruszka, Radosław Pach, Antoni Szczepanik, Jan Kulig		
1005	STĘŻENIE BIAŁKA SPINK 1 W OCENIE SKUTECZNOŚCI LECZENIA CHIRURGICZNEGO W PRZEWLEKŁYM ZAPALENIU TRZUSTKI	340
Andrzej Rafał Hellmann, Michał Szymański, Justyna Kostro, Iwona Marek, Krystian Adrych, Zbigniew Śledziński, Stanisław Hać		
1017	STAWIANIE RALISTYCZNYCH OCZEKIWAŃ DOTYCZĄCYCH UTRATY MASY CIAŁA PO OPERACJI METODĄ LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA	341
Michał Janik, Tomasz Rogula, Rami Mustafa, Adel Alhaj Saleh, Mujahid Abbas, Leena Khaitan, Krzysztof Paśnik		
1080	CZY WYŁANIAĆ ODBARCZAJĄCĄ STOMIĘ U PACJENTÓW PODDAWANYCH RESEKCJI ODBYTNICY? - PRZEGLĄD SYSTEMATYCZNY I META-ANALIZA	342
Magdalena Pisarska, Michał Pędziwiatr, Natalia Gajewska, Piotr Małczak, Michał Wysocki, Piotr Major, Andrzej Budzyński		
1016	ANALIZA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA TRANSFORMACJI NOWOTWOROWEJ W GRUPIE PACJENTÓW OPEROWANYCH Z POWODU NOWOTWORÓW TORBIELOWATYCH W MATERIALE WŁASNYM KLINIKI	343
Michał Szymański, Andrzej Hellmann, Dariusz Łaski, Iwona Marek, Justyna Kostro, Stanisław Hać, Zbigniew Śledziński		
1094	LAPAROSKOPOWE LECZENIE ACHALAZJI W LATACH 2008-2016 W MATERIALE ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ SZPITALA „COPERNICUS” W GDAŃSKU	344
Tomasz Wysocki, Paweł Rogoza, Tomasz Wojciechowicz, Wiesław Nowobilski, Marek Dobosz		
1004	PRZEZODBYTOWA PRZEDNIA RESEKCJA ODBYTNICY (TRANSANAL TME) – JAK UNIKNĄĆ ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W TRAKCIE OPERACJI	345
Jacek Piątkowski, Marek Jackowski		
1011	SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY AND RECURRENT HIATAL HERNIA. OUR EXPERIENCE	346
Yaroslav Havrysh, Oleksij Lukawecij, Roman Havrysh		
1003	PRZEZODBYTOWA PRZEDNIA RESEKCJA ODBYTNICY (TRANSANAL TME) – 2 LATA DOŚWIADCZEŃ	347
Jacek Piątkowski, Marek Jackowski		
1076	CHOICE OF SURGICAL STRATEGY IN TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN PATIENTS WITH PANCREATIC HEAD CANCER	348
Taras Ivankiv, Vasily Kolomytsev, Oleksii Ogurtsov, Mykhailo Popyk, Oleksii Lukavetsky		

1024	LECZENIE OGRANICZONEJ MARTWICY OKOŁOTRZUSTKOWEJ W MATERIALE WŁASNYM	349
Paweł Rogoza, Cezary Płatkowski, Tomasz Wojciechowicz, Marcin Folwarski, Marek Dobosz		
1052	WSKAZANIA DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO W WARUNKACH DOMOWYCH (HPN) NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH – WYNIKI DOMOWEGO OŚRODKA ŻYWIENIA POZA- I DOJELITOWEGO PROWADZONEGO PRZY ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ	350
Waldemar Szafrński, Marcin Folwarski, Marek Dobosz		
1060	NEUROMONITORING SPLOTÓW MIEDNICZNYCH W CHIRURGII ODBYTNICY Z PERSPEKTYWY OPERUJĄCEGO CHIRURGA	351
Piotr Wąlega, Michał Romaniszyn, Jarosław Świrta, Marcin Piejko		
850	MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS OF PORTAL HYPERTENSION. (MAŁOINWAZYJNE OPERACJE W LECZENIU I PROFILAKTYCE POWIKŁAŃ NADCIŚNIENIA WROTNEGO)	352
Piotr Garelic, Eduard Mahilavets, Jerzy Łukaszewicz		
1033	WCZESNE WYNIKI LECZENIA RADIOTERMOABLACYJNEGO CHORYCH Z PRZEŁYKIEM BARRETTA W LATACH 2012-2015	353
Wojciech P. Dąbrowski, Konrad Pielaciński, Andrzej B. Szczepanik, Andrzej Misiak, Michał Kuryłowicz, Diana Iwaniuk		
1102	MOŻLIWOŚCI REINERWACJI KRTANI PO URAZACH JATROGENNYCH	354
Kazimierz Niemczyk, Ewelina Sielska-Badurek, Antoni Bruzgielewicz, Ewa Osuch-Wójcikiewicz		
1026	LECZENIE OPERACYJNE PACJENTÓW Z CHOROBAŁĄ LEŚNIEWSKIEGO- CROHNA - ANALIZA 37 PRZYPADKÓW	355
Benita Siarkiewicz, Piotr Richter, Kacper Wcisło, Beata Żychiewicz, Agata Paszko, Radosław Pach, Antoni Szczepanik		
1037	NEW PREOPERATIVE METHOD TO PROPER SELECTION OF THE PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD) FOR LAPAROSCOPIC ANTIREFLUX SURGERY (LARS)	356
Gennadij Zhurbenko, Siarhei Panko, Alaksandr Karpitski, Denis Vakulich, Stanisław Głuszek, Alaksandr Ignatjuk, Andrej Shestiuik, Rotislav Boufalik		
1043	CT-FISTULOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF PURULENT COMPLICATIONS OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS	357
Oleh Kudelich, Gennadij Kondratenko, Alexei Protasevich		
1100	CHEMIOTERAPIA W RAKU GŁOWY TRZUSTKI – PREZENTACJA PRZYPADKU DOWNSTAGINGU UMOŻLIWIAJĄCEGO ZABIEG RESEKCYJNY	358
Stanisław Hać, Michał Szymański, Maciej Śledziński, Dariusz Łaski, Justyna Kostro, Zbigniew Śledziński		
1099	NAKŁUCIE PĘCZERZYKA ŻÓŁCIOWEGO – CZASEM DOBRE ROZWIĄZANIE	359
Stanisław Hać, Studniarek Michał, Michał Szymański, Dariusz Łaski, Justyna Kostro, Zbigniew Śledziński		
1051	LECZENIE ŻYWIENIOWE W WARUNKACH DOMOWYCH CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM RAKIEM ŻOŁĄDKA	360
Marcin Folwarski, Waldemar Szafrński, Marek Dobosz		
1092	ZMIANY HISTOPATOLOGICZNEJ W WYCIĘTYCH ŻOŁĄDKACH U CHORYCH PO ZABIEGU RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA Z POWODU OTYŁOŚCI	361
Jarosław Matykiewicz, Jakub Kuchinka, Iwona Wawrzyczna, Dorota Koziół, Stanisław Głuszek		
1066	WSTĘPNE WYNIKI CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI NA PODSTAWIE MATERIAŁU WŁASNEGO	362
Marcin Folwarski, Apostolis Atanasiu, Piotr Wiśniewski, Piotr Woźniacki, Adam Kot, Roman Marczewski, Wojciech Makarewicz		
1086	CAN A SIMPLE MICROSCOPE SPECIMEN SAVE A PATIENT'S LIFE? NOCARDIOSIS IN A PATIENT WITH ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS	363
Krzysztof Madej, Honorata Stadnik, Michał Gamrat, Michał Stronka, Krzysztof Rędziański, Zofia Adamska, Wojciech Cierach, Matek Karczewski		

1001	DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTRIC CARCINOIDS	364
Nina Boyko, Rostyslav Kemir		
1042	ANALYSIS OF MORTALITY IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS ACCORDING TO AUTOPSY DATA	365
Oleh Kudelich, Gennadij Kondratenko, Alexei Protasevich, Olga Yudina		
1088	OPERACJE RESEKCYJNE TRZUSTKI U CHORYCH LECZONYCH WCZEŚNIEJ OPERACYJNE Z POWODU CHORÓB NOWOTWOROWYCH I NIENOWOTWOROWYCH JAMY BRZUSZNEJ	366
Maciej Stachowiak, Angelika Rzepecka-Haluszka, Daniel Nowicki, Karol Nowicki		
1090	REGULOWANA OPASKA NA ŻOŁĄDEK W LECZENIU OTYŁOŚCI – POWIKŁANIA.	367
Jarosław Matykiewicz, Jakub Kuchinka, Iwona Wawrzyszka, Stanisław Głuszek		
1091	OPIS PRZYPADKU ZSUNIĘCIA (SLIPPAGE) OPASKI PO LAPAROSKOPOWY ZAŁOŻENIU OPASKI REGULOWANEJ NA ŻOŁĄDEK	368
Jarosław Matykiewicz, Jakub Kuchinka, Iwona Wawrzyszka, Dorota Koziół, Stanisław Głuszek		
P.14 Przewód pokarmowy 2		
1242	„POLSKI KONSENSUS” I 40 LAT „POLSKICH BADAŃ NAD RAKIEM ŻOŁĄDKA”	369
Jan Kulig, Piotr Richter, Piotr Kołodziejczyk		
1163	ANALIZA OBRAZU LAPAROSKOPOWEGO Z WYKORZYSTANIEM OBRAZOWANIA WĄSKOPASMOWEGO I POPŁUCZYN OTRZEWNOWYCH W OCENIE RESEKCYJNOŚCI RAKA ŻOŁĄDKA	370
Kamil Pudło, Alan Błotniak, Kamil Nurczyk, Tomasz Skoczylas, Jadwiga Sierocińska-Sawa, Justyna Kruk-Bochonko, Witold Krupski, Grzegorz Wallner		
1233	REKONSTRUKCJE NACZYNIOWE W GRANICZNYCH GUZACH TRZUSTKI- DOŚWIADCZENIA OŚRODKA	371
Agnieszka Surowiecka-Pastewka, Magdalena Derejska, Marek Durlik		
1174	ZNACZENIE APOPTOZY W ROZWOJU ŚRÓDNABŁONKOWEJ NEOPLAZJI TRZUSTKI	372
Konrad Zaręba, Justyna Zińczuk, Anna Pryczynicz, Bogusław Kędra, Andrzej Kemona, Katarzyna Guzińska- Ustymowicz		
1248	UŻYTECZNOŚĆ MONITOROWANIA WSKAŹNIKÓW ODPOWIEDZI ZAPALNEJ (BIAŁKA C REAKTYWNEGO, INTERLEUKINY – 6 I PROKALCYTONINY) W CELU SZYBKIEGO ROZPOZNANIA POWIKŁAŃ INFEKCYJNYCH W GRUPIE PACJENTÓW OPEROWANYCH METODĄ LAPAROSKOPOWĄ Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO Z ZAS	373
Mateusz Wierdak, Michał Pędziwiatr, Magdalena Pisarska, Jadwiga Dworak, Jan Kulawik, Piotr Major, Beata Kuśnierz-Cabała, Andrzej Budzyński		
1207	WPLYW OBECNOŚCI HPV W JAMIE USTNEJ NA WYSTĘPOWANIE I POSTAĆ RAKA ŻOŁĄDKA	374
Mariusz Gryko, Zbigniew Kamocki, Dariusz Cepowicz, Konrad Zaręba, Natalia Wodyńska, Bogusław Kędra		
1213	INSUFLACJA ŚWIATŁA PRZEWODU POKARMOWEGO DWUTLENKIEM WĘGLA W TRAKCIE KOLONOSKOPII ZMNIJSZA DOLEGLIWOŚCI ODCZUWANE PRZEZ CHORYCH PO BADANIU ENDOSKOPOWYM	375
Maciej Matłok, Michał Janik, Janusz Kidacki, Janusz Pszeniczny, Beata Horeczy, Grzegorz Bednarczyk, Kazimierz Rembiasz		
1184	LAPAROSKOPOWE RESEKCYJE TRZUSTKI U OSÓB STARSZYCH – WYNIKI LECZENIA	376
Michał Kisielewski, Wojciech Rogula, Michał Pędziwiatr, Piotr Major, Andrzej Budzyński		
1115	LAPAROSCOPIC DISTAL PANCREATECTOMY WITH PRESERVATION OF THE SPLEEN	377
Alexandr Lytvynenko, Ivan Lukecha, Liliia Nazarko, Khilko Yuriy		
1173	OCENA EKSPRESJI HER2 W ODNIESIENIU DO WYBRANYCH CZYNNIKÓW KLINICZNO-MORFOLOGICZNE W RAKU ŻOŁĄDKA	378
Natalia Wodyńska, Konrad Zaręba, Zbigniew Kamocki, Agata Dobrowolska, Bogusław Kędra		

1250	SPADEK STĘŻENIA ALBUMIN JAKO WCZESNY WSKAŹNIK WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ INFEKCYJNYCH W GRUPIE PACJENTÓW OPEROWANYCH METODĄ LAPAROSKOPOWĄ Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO	379
Mateusz Wierdak, Michał Pędziwiatr, Magdalena Pisarska, Jadwiga Dworak, Piotr Major, Dorota Radkowiak, Andrzej Budzyński, Beata Kuśnierz-Cabała		
1166	PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI NASZYWANIA WIĘZADŁA OBŁĘGO WĄTROBY NA KIKUT TRZUSTKI Z RĘCZNYM OBSZYCIEM KIKUTA TRZUSTKI PO OBWODOWEJ RESEKCJI TRZUSTKI W GRUPIE 30 CHORYCH	380
Katarzyna Mech, Łukasz Wysocki, Tomasz Guzel, Paweł Nyckowski, Maciej Słodkowski		
1210	OCENA CZĘSTOŚCI I TYPU MUTACJI GENU K-RAS W KOMÓRKACH RAKA JELITA GRUBEGO	381
Dariusz Cepowicz, Mariusz Gryko, Zbigniew Kamocki, Monika Chomczyk, Agata Dobrowolska Konrad Zaręba, Bogusław Kędra		
1224	PANKREATODUODENEKTOMIA SPOSOBEM WHIPPLE’A CZY CLAGETTA. KTÓRA METODA JEST BEZPIECZNIEJSZA ? WYNIKI LECZENIA CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU RAKA TRZUSTKI W LATACH 2011 – 2016 W KLINICE CHIRURGICZNEJ 4. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU	382
Wiktor Pawłowski, Dariusz Janczak, Tadeusz Dorobisz, Agnieszka Ziomek, Michał Leśniak, Maciej Malinowski, Mariusz Chabowski		
1140	OTYŁOŚĆ, A OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI	383
Piotr Masiulaniec, Jadwiga Snarska, Krzysztof Jacyna, Artur Zalewski, Bartłomiej Biedziuk, Maciej Michalak, Katarzyna Suszkiewicz-Kilarczyk, Maciej Kuciel, Agata Kozłowska, Jacek Grabania		
1162	UCHYLEK ZENKERA. DOŚWIADCZENIA WŁASNE W LECZENIU CHIRURGICZNYM DUŻYCH UCHYLEKÓW	384
Renata Taboła, Andrzej Lewandowski, Bartłomiej Strzelec, Paweł Zarębski, Kamila Fudalej, Krzysztof Grabowski		
1143	WYNIKI WCZESNE LECZENIA CHIRURGICZNEGO NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH DRÓG ŻÓŁCIOWYCH - DOŚWIADCZENIA WŁASNE	385
Bartosz Kaczmarek, Magdalena Zukowska, Piotr Krajewski, Józef Duber, Rafał Uciński		
1230	BADANIE EKSPRESJI WYBRANYCH MICRORNA W ŚCIANIE JELITA, MARGINESACH CHIRURGICZNYCH ORAZ SUROWICY U PACJENTÓW Z CHOROBYMI ZAPALNYMI JELIT	386
Agnieszka Surowiecka-Pastewka, Marek Duriik, Małgorzata Zagolda, Katarzyna Gardian, Tomasz Chelchowski		
1177	HYBRYDOWE ZABIEGI PROKTOKOLEKTOMI ODTWÓRCZEJ Z „J-PAUCH”-ANALNYM ZESPOLENIEM W CHOROBYCH JELITA GRUBEGO	387
Izabela Paszkiewicz, Marek Dobosz, Tomasz Wysocki, Wiesław Nowobilski		
1234	PANKREATODUODENEKTOMIA Z JEDNOCZASOWYM PRZESZCZEPEM AORTALNO-WĄTROBOWYM U CHOREGO Z NIEDROŻNOŚCIĄ PNIA TRZEWNEGO – PREZENTACJA PRZYPADKU	388
Marcin Radoch, Gustaw Lech, Jerzy Leszczyński, Waldemar Macioch, Maciej Słodkowski		
1128	ZASTOSOWANIE UREAZOWEGO TESTU ODDECHOWEGO DO WYKRYWANIA ZAKAŻENIA <i>HELICOBACTER PYLORI</i>	389
Łukasz Nawacki, Agata Czyż, Piotr Bryk, Dorota Kozieł, Jarosław Matykiewicz, Stanisław Głuszek		
1134	PACJENT Z KRWAWIENIEM Z GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO – ANALIZA DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH NA PODSTAWIE MATERIAŁU KLINIKI CHIRURGII 4 WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU	390
Paweł Marschollek, Wojciech Bąkowski, Katarzyna Bąkowska, Karol Marschollek Marcin Owczarzak, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak		
1193	CHIRURGICZNE LECZENIE POWIKŁAŃ OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI W MATERIALE KLINIKI	391
Łukasz Gabieć, Zbigniew Kamocki, Konrad Zaręba, Agata Dobrowolska, Bogusław Kędra		
1228	GUZY STROMALNE ŻOŁĄDKA -WCZESNA OCENA OPERACJI LAPAROSKOPOWYCH	392
Roman Czarnecki, Kamil Dąbrowski, Marek Zawadzki, Marek Rząca, Wojciech Witkiewicz		

1256	THE DECREASED SERUM CONTENT OF POLYUNSATURATED FATTY ACIDS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS	393
Adriana Mika, Tomasz Śledziński, Jarosław Kobiela		
1122	NIESZCZELNOŚĆ ZESPOLENIA PRZĘŁYKOWO- JELITOWEGO PO CAŁKOWITEJ LUB PRAWIE CAŁKOWITEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA Z POWODU RAKA	394
Łukasz Nawacki, Jakub Kuchinka, Jarosław Matykiewicz, Marta Kot, Iwona Wawrzycka, Stanisław Głuszek		
1180	POWIKŁANIA PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH GUZÓW JELITA U PACJENTÓW OTYŁYCH	395
Jakub Majewski, Adam Kurek, Marcin Gierek, Gabriela Ochała, Józef Kurek		
1187	ZASTOSOWANIE ŚRÓDOPERACYJNEJ ULTRASONOGRAFII (IOUS) W LECZENIU POWIKŁANYCH PRZYPADKÓW OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA TRZUSTKI	396
Grzegorz Ćwik, Michał Solecki, Justyna Wyroślak-Najs, Grzegorz Wallner		
1164	ROPNIE WĄTROBY NA TLE MASYWNEJ KAMICY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH - OPIS PRZYPADKU	397
Maciej Liebner, Jerzy Banaszek, Wojciech Witkiewicz		
1176	NIEDROŻNOŚĆ ŻÓŁCIOWA JELITA CIENKIEGO	398
Sullivan Tadong		
1211	WGŁOBNIENIE JELITA CZZEGO MOŻE ZDARZYĆ SIĘ RÓWIEŻ NA TWOIM DYŻURZE - OPIS PRZYPADKU I KRÓTKI PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA	399
Katarzyna Biernat, Michał Szymański, Dariusz Łaski, Stanisław Hać, Zbigniew Śledziński		
1179	ANALIZA ROZEJŚĆ ZESPOLEŃ JELITOWYCH U OBCIĄŻONYCH PACJENTÓW PODDANYCH DUŻYM ZABIEGOM OPERACYJNYM	400
Jakub Majewski, Marcin Gierek, Adam Kurek, Gabrysia Ochała, Józef Kurek		
1214	WYSTĘPOWANIE CHOROBY REFLUKSOWEJ PRZĘŁYKU W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU MECHANICZNEGO ZESPOLENIA PRZĘŁYKOWO - JELITOWEGO PO GASTREKTOMII Z POWODU RAKA ŻOŁĄDKA	401
Wiktor Krawczyk, Zbigniew Lorenc, Maciej Domagała, Tomasz Zawadzki		

P.15 Przewód pokarmowy 3

1346	OLBRZYMA TORBIEL WĄTROBY LECZONA DRENAŻEM PRZEZSKÓRNYM POD KONTROLĄ USG - OPIS PRZYPADKU	402
Justyna Wyroślak-Najs, Michał Solecki, Grzegorz Ćwik, Grzegorz Wallner		
1309	ROPIEŃ MIĘŚNIA BIODROWO-LĘDŹWIOWEGO JAKO POWIKŁANIE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA	403
Marcin Zawadzki, Aleksander Stal, Robert Tarnawa, Wojciech Hap, Wojciech Kielan		
1321	WPŁYW PRZEWLEKŁEGO PRZYJMOWANIA LEKÓW NA RYZYKO PERFORACJI U CHORYCH Z CHOROBA UCHYLKOWĄ JELITA GRUBEGO	404
Mateusz Rubinkiewicz, Justyna Tęczar, Aneta Turza, Anna Lasek, Michał Pędziwiatr, Andrzej Budzyński		
1284	RESEKCJE WĄTROBY - WSKAZANIA, PRZEBIEG I POWIKŁANIA	405
Agata Kruszyńska, Małgorzata Potocka, Paweł Nyckowski, Maciej Słodkowski, Marcin Makiewicz		
1308	HPV U CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO	406
Agata Dobrowolska, Zbigniew Kamocki, Konrad Zaręba, Mariusz Gryko, Bogusław Kędra		

1275	OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO WYWOŁANE GRZYBAMI <i>SACCHAROMYCES CEREVISIAE</i>	407
Tomasz Zawadzki, Wiktor Krawczyk, Zbigniew Lorenc, Mateusz Majewski		
1300	WCZESNE MARKERY NIESZCZELNOŚCI ZESPOLENIA PO LAR	408
Marek Zawadzki, Małgorzata Krzystek-Korpacz, Roman Czarnecki, Marek Rząca, Zbigniew Obuszko, Andrzej Gamian, Wojciech Witkiewicz		
1339	ANALIZA WYNIKÓW ODTWORZENIA CIĄGŁOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO PRZEZ ZAMKNIĘCIE CZASOWEJ ILEOSTOMII PĘTŁOWEJ	409
Marcin Włodarczyk, Jakub Kasprzyk, Jakub Włodarczyk, Paweł Siwiński, Aleksandra Sobolewska-Włodarczyk, Adam Dziki, Łukasz Dziki		
1341	ROLA 18F-FLT PET/CT W DIAGNOSTYCE PRZEDOPERACYJNEJ RAKA ŻOŁĄDKA ORAZ OCENA PRZYDATNOŚCI BADANIA W ODPOWIEDZI NA CHEMIOTERAPIĘ	410
Jacek Dziedzic, Katarzyna Ścibisz- Dziedzic, Kamil Nurczyk, Tomasz Skoczylas, Joanna Kruk-Bachonko, Grzegorz Wallner, Beata Chrapko, Witold Krupski		
1265	ZBIORNIKI PŁYNOWE W JAMIE BRZUSZNEJ PO OPERACJACH TRZUSTKI	411
Joanna Rogala, Marek Sierzęga, Piotr Kulig, Piotr Kołodziejczyk, Jan Kulig, Piotr Richter		
1281	PORÓWNANIE WIARYGODNOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ GASTROFIBEROSKOPII I TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z INSUFLACJĄ CO₂ W PRZEDOPERACYJNEJ OCENIE TYPU RAKA POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO WG KLASYFIKACJI SIEWERTA	412
Kamil Nurczyk, Magdalena Rejmak, Karolina Lewczuk, Kamil Pudło, Jacek Dziedzic, Joanna Kruk-Bachonko, Witold Krupski, Grzegorz Wallner, Tomasz Skoczylas		
1283	PROSPEKTYWNE, OPISOWE BADANIE WPŁYWU DIETETYCZNYCH I FARMAKOLOGICZNYCH STRATEGII LECZENIA ZAPARĆ U CHORYCH ZE STOMIĄ	413
Kinga Zastawna, Łukasz Krokowicz, Adam Bobkiewicz, Barbara Kuczyńska, Jacek Paszkowski, Tomasz Banasiewicz		
1319	DŁUGOŚĆ PRZEŻYCIA CHORYCH Z NOWOTWOREM POŁA TRZUSTKOWO - DWUNASTNICZEGO PO ZAŁOŻENIU PROTEZY SAMOROZPRĘŻALNEJ DO DRÓG ŻÓŁCIOWYCH	414
Mateusz Rubinkiewicz, Monika Orłowska, Dorota Długosz, Marcin Dembiński, Piotr Major, Piotr Małczak, Andrzej Budzyński		
1351	OLBRZYMI UCHYLEK PRAWDZIWY POPRZECZNICY - TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE – PREZENTACJA PRZYPADKU KLINICZNEGO	415
Mateusz Biczysko, Jacek Paszkowski, Bogumił Grebieniow, Tomasz Banasiewicz		
1320	CENTRALNE RESEKCJE TRZUSTKI – OPCJA UNIKNIĘCIA CUKRZYCY W RESEKCJACH TRZUSTKI?	416
Magdalena Nowak-Niezgoda, Agnieszka Mizerska, Marek Durlik		
1258	LAPAROSKOPOWA APPEKDEKTOMIA JAKO STANDARD LECZENIA OSTREGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W KOŚCIERZYNIE (LATA 2007-2016)	417
Wojciech Makarewicz, Piotr Woźniacki, Marcin Folwarski, Apostolis Atanasiu, Piotr Wiśniewski, Arkadiusz Kopiejć, Roman Marczewski		
1261	LECZENIE OSZCZĘDZAJĄCE RAKA PIERSI (BCT) W TRUDNYCH LOKALIZACJACH – POŁĄCZENIE TECHNIKI „ROUND BLOCK“ ORAZ WOLNEGO PRZESZCZEPU TŁUSZCZOWEGO (FDFG) – OPIS PRZYPADKU	418
Daniel Maliszewski, Piotr Woźniacki, Arkadiusz Kopiejć, Tomasz Polec, Wojciech Makarewicz		
1269	CZY OBJAWY PODMIOTOWE MOGĄ MIEĆ WPŁYW NA DŁUGOŚĆ DIAGNOSTYKI CHORYCH Z RAKIEM ŻOŁĄDKA?	419
Konrad Zaręba, Roman Bandurski, Dariusz Cepowicz, Bogusław Kędra, Damian Kadyłak, Zbigniew Kamocki		
1296	LECZENIE NIESZCZELNOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO METODĄ ENDOSKOPII W MATERIALE WŁASNYM	420
Artur Wiski, Wojciech Jasiński, Michał Kaszuba, Bartłomiej Fabian, Barhazan Abdulla, Paweł Cipora, Idres Abdulla, Mariusz Fuks, Jacek Zieliński		

1274	ŹRÓDŁA WIEDZY MEDYCZNEJ PACJENTÓW KIEROWANYCH DO PORADNI KOLOPROKTOLOGICZNEJ Z POWODU HEMOROIDÓW	421
Piotr Spychalski, Jarek Kobiela, Dariusz Łaski, Agata Błażyńska, Janusz Głowacki, Andrzej Łachiniński		
1260	WPŁYW WPROWADZENIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO NA LECZENIE CHIRURGICZNE RAKA PIERSI W ODDZIALE CHIRURGICZNYM Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W KOŚCIERZYNI	422
Piotr Woźniacki, Daniel Maliszewski, Marcin Folwarski, Apostolis Atanasiu, Piotr Wiśniewski, Tomasz Polec, Arkadiusz Kopieć, Janusz Jaśkiewicz, Wojciech Makarewicz		
P.16 Stany nagłe w chirurgii, chirurgia urazowa i wojskowa		
1246	WYNIKI LECZENIA CHORYCH Z NIEŻYŁAKOWYM KRWAWIENIEM DO ŚWIATŁA GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	423
Marcin Strzałka, Kazimierz Rembiasz		
1251	WYNIKI LECZENIA CHORYCH Z KRWAWIENIEM ŻYŁAKOWYM DO ŚWIATŁA GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	424
Marcin Strzałka, Kazimierz Rembiasz		
1137	IZOLOWANE NIEDOKRWIENIE PRAWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY	425
Jadwiga Snarska, Piotr Masiulaniec, Maciej Michalak, Artur Zalewski, Bartłomiej Biedziuk		
1192	LECZENIE ETAPOWE KRWOTOKU Z PĘKNIĘTEGO RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO – OPIS PRZYPADKU	426
Marcin Makiewicz, Włodzimierz Cebulski, Paweł Nyckowski, Andrzej Kluciński, Maciej Stodkowski		
1231	CZNNIKI RYZYKA 30-DNIOWEJ ŚMIERTELNOŚCI U CHORYCH Z NIEŻYŁAKOWYM KRWAWIENIEM Z GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	427
Marek Winiarski, Anna Lasek, Magdalena Pisarska, Mateusz Rubinkiewicz, Piotr Małczak, Krzysztof Przeczek, Jan Kulawik, Marcin Dembiński, Andrzej Budzyński		
1095	MARTWICA ŚCIANY DWUNASTNICY Z PERFORACJĄ DO PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ W PRZEBIEGU ROPNIA OKOŁONERKOWEGO. OPIS PRZYPADKU I SPOSÓB ZAOPATRZENIA	428
Michał Komoń, Sławomir Jabłoński, Szymon Wcisło, Leszek Kutwin		
1120	SKOK CIĘŻARNEJ W 26 TYGODNIU CIĄŻY Z 9 PIĘTRA - OPIS OBRAŻEŃ MATKI I PŁODU, BADANIA PORÓWNAWCZE	429
Piotr Celmer, Jakub Dumala		
1136	ZATOR I OSTRY ZAKRZEP TĘTNICY KREZKOWEJ GÓRNEJ, A SEPSA	430
Jadwiga Snarska, Maciej Michalak, Piotr Masiulaniec, Rafał Suszkiewicz, Krzysztof Jacyn, Danuta Dąbrowska-Parafianowicz		
1255	ZEMSTA SCHÖNLEINA I HENOCHA: PRZYPADEK ROZLANEGO ZAPALENIA OTRZEWNEJ U DOROSŁEGO PACJENTA Z ZAPALENIEM NACZYŃ ZWIĄZANYM Z IGA	431
Marcin Strzałka, Kazimierz Rembiasz		
1348	POOPERACYJNE NIEDROŻNOŚCI ZROSTOWE - DIAGNOSTYKA, ANALIZA PRZYCZYN I LECZENIE OPERACYJNE	432
Jadwiga Snarska, Piotr Masiulaniec, Agata Kozłowska, Maciej Kuciel, Katarzyna Suszkiewicz- Kilińczyk, Rafał Suszkiewicz, Przemysław Stefaniak		
1262	CHOROBY MOCZOWNIKA PRZYCZYNĄ „OSTREGO BRZUCHA” - OPIS W PRZYPADKU	433
Jarosław Świrta		
1028	OPERACJE GUZÓW NADNERCZY W MATERIALE WŁASNYM KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ, MAŁOINWAZYJNEJ I GASTROENTEROLOGICZNEJ POMORSKIEGO UNIWEERSYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE	434
Jerzy Lubikowski, Adam Przepiera, Anita Suwała, Jan Pawlus, Konrad Jarosz, Anelli Syrenicz, Tadeusz Sulikowski		

DONIESIENIA ESS / ESS REPORTS

Invited Lecture

1418	436
RETROPERITONEAL SOFT TISSUE SARCOMAS	
Rossen Madjov, Vasil Bozhkov, Ilko Plachkov, Plamen Chernopolsky, Todor Ivanov	
1427	437
LIVER SURGERY PLANNING AND GUIDANCE AIDED BY 3D PRINTING	
Jan Witowski, Mateusz Sitkowski, Zuzanna Malina, Piotr Major, Andrzej Budzyński, Michał Pędziwiatr	

Oral

832	438
EFFECT OF STANDARD NORMOTHERMIA PROTOCOL ON SURGICAL SITE INFECTIONS: RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL	
Ali Kadir Değirmenci	
835	439
POPULARIZING SAGES SAFE CHOLECYSTECTOMY PROGRAM AMONG DANISH SURGEONS FOR GREATER SAFETY IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY	
Jan Krzak	
843	440
STARTING A NEW CRS AND HIPEC PROGRAMME IN THE AREA OF THE CZECH REPUBLIC	
Dusan Klos	
845	441
THE BEST WAY OF MANAGING MAJOR LIVER TRAUMA	
Kaluthanthiri Patabandi Vidu Ruchira De Silva	
846	442
THE IMPACT OF A DIABETIC FOOT SERVICE ON LIMB SALVAGE FOR ALL PATIENTS WITH VASCULAR DISEASE	
Quratulain Qureshi	
847	443
LAPAROSCOPIC GRADING AND HISTOLOGICAL CORELLATION: IS IT RELIABLE	
Syed Ahmad	
848	444
BETWEEN THE ROCK AND THE BOWEL; GALL STONE ILEUS!	
Ahmad.SS, Khalilullah.K, O'Keefe.P, Sugrue.M Department of surgery Letterkenny university Hospital Republic	
Syed Ahmad	
980	445
FEATURES ASSISTING PREGNAT WOMEN WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING NON-VARICOSE GENESIS	
Mykola Trofimov	
981	446
LIFELONG COMPETENCE ASSESSMENT AND THE AGING SURGEON	
Arthur Godfrey Felice	
1006	447
CONCOMITANT LAPAROSCOPIC HERNIA MESH REPAIR AND CHOLECYSTECTOMY	
MohammadHossein Hassani	

1007	.....	448
IMPROVING THE FLOW OF HYPERTENSION AFTER CORRECTION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX		
Mykola Tutchenko		
1008	.....	449
THE FIRST FORTY ROBOTIC PANCREATICODUODENECTOMY: OUR PERSONAL EXPERIENCE		
Marco Vito Marino		
1009	.....	450
ROBOTIC RIGHT HEPATECTOMY: LIGHTS AND SHADOWS		
Marco Vito Marino		
1010	.....	451
EXTRAHEPATIC BILIARY ANATOMY VARIATION ENCOUNTERED DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY		
Nirmal Prasad Sah		
1013	.....	452
ROBOTIC RIGHT HEPATECTOMY: TECHNICAL CONSIDERATION		
Marco V. Marino		
1018	.....	453
SAFETY OF REVISION SLEEVE GASTRECTOMY COMPARED TO ROUX-Y GASTRIC BYPASS AFTER FAILED GASTRIC BANDING – ANALYSIS OF THE MBSAQIP		
Michał Janik		
1019	.....	454
WORLD’S FIRST LIVE TWEETED LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION		
William English		
1020	.....	455
STEM CELL THERAPY: THE FUTURE OF VENTRAL HERNIA REPAIR. TISSUE ENGINEERED ABDOMINAL WALL USING MUSCLE DERIVED STEM CELLS IN THE TREATMENT OF VENTRAL HERNIA IN AN ANIMAL MODEL		
Joshua Franklyn		
1050	.....	456
PROSPECTIVE COMPARISON OF SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSES IN CHOLECYSTECTOMY BY MEANS OF ACCESS; SINGLE-PORT UMBILICAL INCISION, TRANSVAGINAL NOTES, LAPAROSCOPY AND LAPAROTOMY ACCESS		
Kumar Rahul		
1058	.....	457
HEPATIC RESECTIONS FOR HCC ON CIRRHOSIS IN THE ELDERLY		
Raffaele Costantini		
1062	.....	458
CECOPEXY, A REEMERGING TREATMENT FOR CECAL VOLVULUS: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE		
Fabio Pencle		
1259	.....	459
PRINCIPLES AND CHALLENGES OF MEDICINE IN CONFLICT ZONES – EXAMPLES OF YEMEN, SYRIA AND AFGHANISTAN		
Senka Stojanović		
1323	.....	460
ASSOCIATION OF SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS OF TNF-A GENE WITH COLORECTAL CARCINOMA IN POLISH POPULATION		
Michał Natkaniec		
1353	.....	461
CLOSURE OF ANAL FISTULA WITH LASER: LONG TERM RESULTS OF 103 PATIENTS		
Cem Terzi		
1358	.....	462
ELECTIVE ENDOVASCULAR ANEURYSM REPAIR IN PATIENTS WITH ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM – PERIOPERATIVE OUTCOMES		
Piotr Kulig		

1360	ORGAN OF ZUCKERKANDL AS A SOURCE OF PARAGANGLIOMA IN PATIENT WITH AGGRESSIVE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND INCREASED GLUCOSE LEVEL IN THE BLOOD. CASE REPORT	463
Armen Varzhapetyan		
1362	SURGERY FOR ADVANCED AND METASTATIC COLORECTAL CANCER	464
Miroslav Levy		
1363	RE-OPERATION RATES IN BREAST CANCER AFTER BREAST CONSERVING SURGERY IN MALTA	465
Alexia Farrugia		
1364	SURGICAL MANAGEMENT OF BREAST DISEASE IN DURBAN BREAST UNIT (SOUTH AFRICA) – WHAT WE DO DIFFERENTLY	466
Aleksander Brackowski		
1366	PANCREATITIS – THE IMPLICATIONS OF ACUTE MANAGEMENT ON PATIENT MORBIDITY AND MORTALITY	467
William Butterworth		
1367	SURGICAL SITE INFECTIONS AT A SAUDI HOSPITAL: THE NEED FOR A NATIONAL SURVEILLANCE PROGRAM	468
Alsareii, Saeed Ali DR.		
1368	LAPAROSCOPIC DIAGNOSTIC AND MANAGEMENT OF ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION	469
Diana Rudyk		
1376	FENCE DARNING AT COMPONENT’S SEPERATION. FIRST CASE REPORT FOR COMBINATION OF TWO RARE TECHNIQUES AT TWO PATIENTS	470
Nazif Zeybek		
1377	REVIEW OF THE LATEST LITERATURE FOR MANAGEMENT OF EARLY HEPATIC ARTERY THROMBOSIS AFTER LIVER TRANSPLANTATION	471
Mrat Urkan		
1378	INVASIVE LOBULAR BREAST CANCER OF MALE: AN EXTREMELY RARE CASE	472
Ramazan Yildiz		
1379	SYRINGOCYSTADENOMA PAPILLIFERUM LOCATED AT THE NIPPLE: THE FIRST CASE REPORT	473
Yasar Subutay Peker		
1380	MANAGEMENT OF HIGH-ENERGY PERINEAL GUNSHOT WOUND WITH VACUUM ASSISTED WOUND COSURE TECHNIQUE	474
Oguz Hancertioğullari		
1381	MULTIDISCIPLINARY APPROACH AT GARDNER’S SYNDROME	475
Oguz Hancertioğullari		
1382	SPINDLE CELL MALIGN MESENCHYMAL TUMOR RELATED WITH NEUROFIBRAMATOSIS: RARE CASE FOR ACUTE ABDOMEN	476
Oguz Hancertioğullari		
1383	HEMATOMA MASS SECONDARY TO SPONTANEOUS OMENTAL HEMORRHAGE PRESENTED AS ACUTE ABDOMEN	477
Oguz Hancertioğullari		

1384	PARTIAL SPLENECTOMY WITH SIX NEEDELED RADIOFREQUENCY PROBE FOR HEPATIC RESECTIONS Oguz Hancertioğulları	478
1385	TRANSANAL MINIMAL INVASIVE SURGERY FOR HIGH GRADE TUBULOVILLOUS RECTAL ADENOMA AT RELAPSED AML PATIENT Oguz Hancertioğulları	479
1386	MANAGEMENT OF COMPLICATED PERIANAL ABSCESS AT IMMUNOSUPPRESSIVE PATIENT Yasar Subutay Peker	480
1387	DEFECATING A BULLET WITHOUT SWALLOWING IT. IS IT POSSIBLE? Yasar Subutay Peker	481
1389	PROSPECTIVE COMPARISON OF CONVENTIONAL AND ENDOSCOPIC COMPONENT'S SEPARATION TECHNIQUE AT GIANT ABDOMINAL VENTRAL HERNIAS Yasar Subutay Peker	482
1390	LAPAROSCOPIC LIVER SURGERY TRAINING ON A LIVE SHEEP MODEL Oleksii Potapov	483
1391	ROBOT-ASSISTED TRANS AXILLARY THYROIDECTOMY (RATT): A SERIES APPRAISAL OF MORE THAN 290 CASES FROM EUROPE Gabriele Materazzi	484
1393	DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RETAINED ABDOMINAL TEXTILE SURGICAL MESHES Serghei Gutu	485
1394	THE ROLE OF SIMULATION BASED EDUCATIONAL INTERVENTIONS IN THE TRAINING OF SURGICAL TRAINEES IN PERFORM LAPAROSCOPIC APPENDECTOMIES William Butterworth	486
1396	VIRTUAL REALITY TRAINING VS. APPRENTICESHIP TRAINING IN LAPAROSCOPIC SURGERY – A META-ANALYSIS OF THE LITERATURE Mark Portelli	487
1398	REVISION SURGERY FOR FAILED LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATION: OUR INITIAL EXPERIENCE Serghei Cumpata	488
1399	THE ROLE OF INTRAOPERATIVE ENDOSCOPY IN THE SURGICAL TREATMENT OF RECTAL TUMORS USING THE LAPAROSCOPIC OR THE OPEN TECHNIQUE Illés Tóth	489
1400	RETROPERITONEAL VS. TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY: A META-ANALYSIS OF THE LITERATURE Mark Portelli	490
1401	LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ESOPHAGEAL DIVERTICULUM: SHORT-TERM AND LONG-TERM RESULTS László András	491
1402	PERIOPERATIVE PARAMETERS AS LONG-TERM RESPONSE PREDICTING FACTORS IN CASE OF SPLENECTOMY PERFORMED DUE TO ITP Áron Nyilas	492

1403	IS INTRAOPERATIVE TOUCH IMPRINT CYTOLOGY INDICATED IN THE SURGICAL TREATMENT OF EARLY BREAST CANCERS?	493
Zoltán Horváth		
1404	LIGASURE TISSUE SEALING DEVICE VS SUTURE LIGATION IN THYROIDECTOMY: A PROSPECTIVE SINGLE-SURGEON RANDOMISED CONTROLLED TRIAL	494
Joseph Anthony Attard		
1406	EVALUATION OF USEFULNESS OF THE SAGES SAFE CHOLECYSTECTOMY PROGRAM IN THE EYE OF THE SURGEON	495
Paweł Bogacki		
1407	MANAGEMENT OF BORDERLINE RESECTABLE PANCREATIC CANCER IN A SPECIALIZED HEPATO-PANCREATO-BILIARY CENTER IN LATVIA	496
Antons Rudzāts		
1409	BIO-PRINTING LATTICE STRUCTURES WITH CONTROLLABLE POROSITY AND DENSITY	497
Luke Hale		
1410	GENE EXPRESSION PROFILE ON NORMAL THYROID TISSUE DURING THYROIDECTOMY: A REVOLUTION IN THE MANAGEMENT OF THYROID DISEASE?	498
Lucia Ilaria Sgaramella		
1417	EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN THE ELDERLY	499
Vasil Bozhkov		
1419	LAPAROSCOPIC-ASSISTED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (LTAP) BLOCK , A NOVEL TECHNIQUE FACILITATING AMBULATORY SURGERY IN TOTAL EXTRA PERITONEAL (TEP) INGUINAL HERNIA REPAIR: A PROSPECTIVE, DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL	500
Afzaal Amin Mughal		
1421	SUPER-SUPER OBESE BARIATRIC PATIENTS ARE AT HIGHER PERIOPERATIVE RISK AFTER TWO MOST COMMONLY PERFORMED BARIATRIC SURGERIES.	501
Michał Wysocki		
1423	SUPER OBESE BARIATRIC PATIENTS DO NOT HAVE WORSE EARLY POSTOPERATIVE OUTCOMES – POLISH MULTICENTER STUDY	502
Jan Kulawik		
1425	MORE STAPLER FIRINGS INCREASE RISK OF POSTOPERATIVE COMPLICATION AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY	503
Michał Wysocki		
1426	POTENTIATION OF LOCAL CRYOABLATION PROCESS ON BIOLOGICAL TISSUE VIA DISTILLED H2O	504
Oleksiy Dronov		
1428	AN EXPERIENCE OF USING CRYOCHEMICAL ABLATION IN A COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH POTENTIALLY RESECTABLE METHACRONOUS LIVER METASTASES OF COLORECTAL CANCER	505
Oleksiy Dronov		
1430	THE TYPE OF PAIN IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS CAN PREDICT THE GRADE OF PANCREATIC FIBROSIS	506
Oleg Kanikovskiy		

1432	507
A CASE REPORT: ADULT PRESENTATION OF MIDGUT VOLVULUS ASSOCIATED WITH CONGENITAL MALFORMATION	
William Butterworth	
1433	508
CAN DESIGN OF A MESH USED IN ENDOSCOPIC INGUINAL HERNIA REPAIR INFLUENCE RECURRENCES AND CHRONIC PAIN? EARLY RESULTS OF PROSPECTIVE RANDOMISED CLINICAL TRIAL COMPARING 2D(PATCH) AND 3D(PATCH AND PLUG) MESHES	
Lumir Tomala	
1434	509
THE INFLUENCE OF THE MICROBIOME AND EFFECTS ON VOLATILE ORGANIC COMPOUND PRODUCTION IN OESOPHAGO-GASTRIC ADENOCARCINOMA	
George Hanna	
1435	510
PROTON-TRANSFER-REACTION TIME-OF-FLIGHT MASS SPECTROMETRY (PTR-TOF-MS) ANALYSIS OF VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS IN HUMAN GASTRIC CANCER TISSUE	
George Hanna	
1436	511
VALIDATION OF A DIFFICULTY GRADING SCORE IN LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY	
Diana Gonçalves	
1437	512
THE OPEN ABDOMEN: ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR MORTALITY AND DELAYED FASCIAL CLOSURE IN 101 PATIENTS	
Marina Morais	
1446	513
VALUE OF SIMULATION IN LAPAROSCOPIC SKILLS TRAINING	
Paolo Innocenti	
1447	514
LAPAROSCOPIC METHOD FOR INCISIONAL HERNIA REPAIR	
Valerii Kryshen	
1449	515
POSTOPERATIVE RESULTS OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY AT INCISIONAL HERNIA	
Andrii Kudryavtsev	
1452	516
COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY – THREE UNEXPECTED EVENTS	
Tomasz Kozłowski	
1456	517
TREATMENT OF SYNDROME OF POSTTRUMATIC ARTERIOVENOUS DISEASE AFTER MAIN VESSELS INJURIES DURING THE ATO	
Volodymyr Rogovskiy	
1457	518
VOLVULUS OF SIGMA. SURGERY OR NOT?	
Jose Torres Villachica	
1459	519
LAPAROSCOPIC REPAIR OF PERFORATED PEPTIC DUODENAL ULCER	
Suren Stepanyan	
1460	520
SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC VS. OPEN RECTAL CANCER SURGERY – SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS	
Piotr Małczak	
1462	521
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE – ASSOCIATED COLORECTAL CANCER	
Marcin Włodarczyk	

829	FUNCTIONAL IMPACT OF SURGICAL TREATMENT OF RECTAL CANCER (OPEN VS. LAPAROSCOPIC) ON THE QUALITY OF LIFE	522
Marta Reia, Guilherme Fialho, Sócrates Vargas, Hugo Capote, Eduardo Soeiro, Ilda Barbosa		
830	COMPARATIVE ANALYSIS OF SEVERITY PROGNOSTIC INDEXES IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS: STUDY OF 6 YEARS	523
Marta Reia, Guilherme Fialho, Alfredo Leite, Isabel Braga, Paulo Telles de Freitas		
831	THYROID SURGERY: WHAT CHANGED? – STUDY OF 30 YEARS	524
Marta Reia, Guilherme Fialho, Hugo Capote, Ilda Barbosa		
833	ANASTOMOTIC LEAKAGE IN PATIENTS AFTER LOW ANTERIOR RESECTION – OUR CLINICAL EXPERIENCE	525
Sinisa Maksimovic		
841	TREATMENT OF ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME	526
Valerii Kryshen, Pavel Lyashenko, Sergiy Barannik, Victor Zadorozhny, Anna Ivanova		
849	EXPRESS DIAGNOSTICS OF ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME	527
Valerii Kryshen, Pavel Lyashenko, Mykola Trofimov, Tatyana Panikova, Dmytro Litvinenko		
983	CHARACTERISTICS OF MINE-EXPLOSIVE TRAUMA OF EXTREMITIES IN THE WAR CONFLICT IN THE EAST OF UKRAINE	528
Ievgen Tsema, Andrii Dinets, Artem Bepalenko, Vladimir Mishalov		
1014	FORGOTTEN BILIARY STENTS – A RARE COMPLICATION	529
Sridevi Murali, Dr. Sandesh Deolekar, Dr. Bilbekanand Mahapatra		
1083	INTRODUCTION OF VIDEO-ASSISTED THYROID SURGERY IN THE SETTINGS OF CITY HOSPITAL N10, MINSK	530
Siarhei Yakubouski		
1084	FOR ALGORITMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY LINEA ALBA HERNIA	531
Vasiliy Vlasov, Oleg Kharyshyn		
1087	CLINICAL PREDICTORS OF MALIGNANCY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH ATYPICAL DUCTAL HYPERPLASIA ON VACUUM-ASSISTED CORE NEEDLE BIOPSY	532
Diana Hodorowicz-Zaniewska, Karolina Brzuszkiewicz, Antoni Szczepanik, Joanna Szpor, Wojciech Kibil, Katarzyna Dyląg-Trojanowska, Piotr Richter		
1107	NEW METHOD TO DETERMINE THE DEGREE OF TISSUE HYDRATION	533
Vasiliy Kazuschik, Aliaksander Karman		
1124	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE BILIARY PATHOLOGY – COUNTY CLINICAL EMERGENCY HOSPITAL ORADEA SURGERY I AND II- 5 YEARS RETROSPECTIVE STUDY	534
Mariana Ungur		
1217	SEGMENTAL RESECTION OF DUODENAL ADENO CARCINOMA	535
Faris Alaswad		
1219	ADRENAL PSEUDO CYST	536
Faris Alaswad		

1221	ILIAC ARTERY ANEURYSM AS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF RIGHT ILIAC FOSSA PAIN	537
Faris Alaswad		
1222	EXCISION WITH LAYERED PRIMARY CLOSURE AS SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE	538
Faris Alaswad		
1252	SERUM AMYLOID A PROTEIN (SAA) – A NOVEL EARLY MARKER OF INFECTIOUS COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC COLORECTAL CANCER SURGERY WITH ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY PROTOCOL	539
Mateusz Wierdak, Michał Pedziwiatr, Magdalena Pisarska, Jadwiga Dworak, Jan Witowski, Piotr Major, Andrzej Budzynski, Beata Kusnierz-Cabala		
1354	COMPLICATIONS OF OPEN GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER – ANALYSIS OF 626 PATIENTS BASED ON THE CLAVIEN-DINDO CLASSIFICATION	540
Radosław Pach, Piotr Kulig, Marek Sierzega, Piotr Kolodziejczyk, Jan Kulig		
1356	MANAGEMENT OF DISTAL RADIUS FRACTURES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT	541
Temitope Ajala-Agbo, Ian Levett		
1357	EXTRANODAL EXTENSION IN METASTATIC LYMPH NODES IS MORE FREQUENT IN PAPILLARY THYROID CARCINOMA WITH EXTRATHYROID EXTENSION	542
Jin-Woo Park, Dong-Ju Kim		
1361	LAPAROSCOPIC NISSEN-ROSSETTI FUNDOPLICATION FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE	543
Suren Stepanyan, Vahe Hakobyan, Hayk Hovhannisyan		
1371	ETHYLPYRUVATE REDUCES LOCAL INFLAMMATION AND SYSTEMIC LEUKOCYTE ACTIVATION VIA NF-κB, PROTECTING FROM ORGAN DAMAGE AFTER BLUNT CHEST TRAUMA AND HEMORRHAGIC SHOCK	544
Scott Dieteren, Nils Wagner, Niklas Franz, Ingo Marzi, Borna Relja, Mario Perl		
1392	USE OF WATERLOW SCORE TO PREDICT OUTCOME IN ACUTE NON PERFORATED DIVERTICULITIS	545
Sayan Bhattacharya		
1395	INTRA-THYROIDAL PARATHYROID CARCINOMA: A RARE CAUSE OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM	546
Verfaillie Guy, Vanhoeij Marianne, Jacobs-Tulleneers Daniel, Goossens Anita, Everaert Hendrik, Lamote Jan		
1397	HYPOCALCEMIA AFTER THYROIDECTOMY: IS IT POSSIBLE TO REDUCE THE RISK?	547
Matteo Angelo Cannizzaro, Valeriya Okatyeva, Salvatore Lo Bianco, Valerio Caruso, Antonino Buffone		
1408	EVALUATION OF SURGICAL CANCELLATIONS IN A UK DISTRICT GENERAL HOSPITAL	548
Natalie Redgrave, Achal Khanna		
1411	LONG-TERM RESULTS OF D3 LYMPHADENECTOMY IN THE PATIENTS OVER THE AGE OF 80 WITH STAGE II AND III COLON CANCER	549
Jae Kyun Ju		
1412	ONCOLOGIC OUTCOMES OF STAGE II AND III TRANSVERSE COLON CANCERS: A COMPARATIVE STUDY OF RADICAL D3 LYMPHADENECTOMY BETWEEN LAPAROSCOPIC AND OPEN APPROACH	550
Han Deok Kwak		
1414	SURGICAL APPROACH FOR THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS	551
Dilyan Chaushev, Plamen Chernopolsky, Vasil Bozhkov, Ilko Plachkov, Yanko Stefanov, Rossen Madjov		

1415	ACUTE ABDOMINAL PAIN IN ELDERLY PATIENTS	552
	Yanko Stefanov, Vasil Bozhkov, Plamen Chernopolsky, Dilyan Chaushev, Ilko Plachkov, Rossen Madjov	
1416	BOWEL FISTULAS	553
	Plamen Chernopolsky, Vasil Bozhkov, Ilko Plachkov, Dilyan Chaushev, Rossen Madjov, Vyara Draganova	
1420	THE DYNAMICS OF INDICES OF LIVER FUNCTIONAL STATE AFTER ELECTROSURGICAL TREATMENT OF LIVER HEMANGIOMAS	554
	Viktoria Petrushenko, Dmytro Grebeniuk, Andrii Oshovskiy, Serhii Stukan, Vadym Stoika, Iaroslav Radoga, Anastasiia Pankiv	
1422	QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LOWER EXTREMITIES VARICOSE VEINS DISEASE C2-3 AFTER ENDOVENOUS INTERVENTIONS	555
	Viktoria Petrushenko, Oleh Skupyi, Dmytro Grebeniuk, Aleksandru Tatarin, Yaroslav Khrebtii, Oleksandr Stolyarchuk	
1424	THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OLECRANON FRACTURES BY INTERLOCKING TECHNIQUE	556
	Petro Zhuk, Eugen Filonenko, Dmytro Grebeniuk	
1429	SURGICAL EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF NON-PARASITIC SPLENIC CYSTS	557
	Igor Yevstakhevych, Fedir Indenko, Maksim Semerak, Yuriy Yevstakhevych, Oleg Knysh, Andriy Lavryk, Ivan Bardah, Volodymyr Loginsky	
1431	SPLENECTOMY OUTCOMES IN NON-HODGKIN LYMPHOMAS	558
	Yuriy Yevstakhevych, Igor Yevstakhevych, Maksim Semerak, Oleg Knysh, Andriy Lavryk, Yaroslava Vygovska, Halyna Lebed, Volodymyr Loginsky	
1438	“WATCH AND WAIT” FOR RECTAL CANCER AFTER NEOADJUVANT THERAPY: OUTCOMES OF THE INITIAL 7 CASES FROM A PORTUGUESE HOSPITAL CENTER	559
	Marina Morais, Diana Gonçalves, Teresa Andrade, Elisabete Barbosa, Alexandre Duarte, Cristina Sarmento, Margarida Reis, Pedro Correia-Silva, J. Costa-Maia	
1440	CONSTRUCTION AND VALIDATION OF PREDICTIVE SCORE FOR DEVELOPMENT OF SEVERE CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH VARICOSE VEINS	560
	Evghenii Gutu, Dumitru Casian, Vasile Culiuc	
1442	TOTALLY EXTRAPERITONEAL HERNIA REPAIR – OUR EXPERIENCE	561
	Łomnicki Jakub, Agnieszka Leszko, Daria Kuliś	
1443	FATTY ACID BINDING PROTEIN AS A BIOMARKER OF MALIGNANT OBSTRUCTIVE JAUNDICE	562
	Sezgin Zeren, Zülfü Bayhan, Bercis İmge Uçar, Fatma Emel Koçak, Özben Özden Işıklar, Akile Zengin, Şükrü Aydın Düzgün, Mustafa Cem Algin, Faik Yaylak	
1445	GASTRIC ISCHEMIA, A RARE ENTITY	563
	Diana Gonçalves, Marina Morais, Elisabete Barbosa, John Preto, Eduardo Lima da Costa, Silvestre Carneiro, José Barbosa, J. Costa-Maia	
1448	THE LEARNING OF NODES AND SUTURES IN THE SKIN AND INTESTINE IN SIMULATION: OUR EXPERIENCE	564
	Simone Castiglioni, Valentina Malerba, Selene Rossi, Paolo Raimondi, Paolo Innocenti, Roberto Cotellese	
1450	IRON DEFICIENCY ANAEMIA – ARE D2 BIOPSIES ALWAYS REQUIRED? A COHORT STUDY	565
	Sieuming Ng, Jamie Hind, Palanichamy Chandran	
1451	EVALUATION OF CORRELATION AND PREDICTIVE VALUE OF PATHOLOGIST’S REPORT AND INTRAOPERATIVE CLINICAL DIAGNOSIS IN LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY	566
	Maciej Matyja, Piotr Major, Michał Pędziwiatr, Marcin Strzałka, Artur Kacprzyk, Jakub Droś, Marek Winiarski, Andrzej Budzyński	
1453	ACUTE ABDOMEN AS A CLINICAL PRESENTATION OF OMENTAL LYMPHANGIOMA	567
	Jose Torres Villachica, Fernando Tone Villanueva, Isabel Prieto Nieto, Jose Marijuan Martin, Joaquin Díaz Domínguez	

1454	THE USE OF LAPAROSCOPIC TECHNIQUE IN PATIENTS WITH ABDOMINAL COMBAT TRAUMA Yuriy Yarynych, Alexander Syroid	568
1455	IDIOPATHIC COLONIC VARICES. A RARE CASE WITH LOWER GI BLEEDING DEBUT Jose Torres Villachica, Juan Perez Robledo, Joaquin Diaz Dominguez	569
1458	HEPATIC ADENOMA IN A MODY3 PATIENT WITH TURNER SYNDROME Argyro Papadopoulou, Elina Anastasiou, Olla Tsimpoukidi, Panagoula Daikou, Alexandros Dounavis	570
1461	MINI GASTRIC BYPASS VS LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY – SYSTEMATIC REVIEW Marcin Dembiński, Piotr Major, Piotr Małczak, Michał Pędziwiatr, Magdalena Pisarska, Michał Wysocki, Jan Kulawik, Andrzej Budzyński	571
	LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN DISTAL PANCREATECTOMY: A SINGLE-INSTITUTION COMPARATIVE 10-YEAR EXPERIENCE Francisco S Moura, MB ChB PG Cert Med Education, Nigel B Jamieson, MB ChB BSc FRCS PhD	572
	A RARE CASE OF ISOLATED ACROMIAL PROCESS FRACTURE Karkoskova B, Musil J, Plechacova P, Roxer R, Kohoutek L	573
	PHLEGMASIA CERULEA DOLENS AND VENOUS GANGRENE: A CASE REPORT Musil J, PirkI M, Karkoskova B Plechacova P, Kohoutek L	574
	STAGED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLY GUNSHOT FRACTURES OF LIMBS PhD Y.O. Yarmolyuk	575
980	FEATURES ASSISTING PREGNAT WOMEN WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING NON-VARICOSE GENESIS Mykola Trofimov, Valerii Kryshen, Sergey Muntyan, Pavel Lyaschenko, Viktor Zadorozhny, Kateryna Kaira	576
1380	MANAGEMENT OF HIGH-ENERGY PERINEAL GUNSHOT WOUND WITH VACUUM ASSISTED WOUND COSURE TECHNIQUE Oguz Hancerliogullari , Emine Arici, Yasar Subutay Peker, Sahin Kaymak , Aytekin Unlu, Nazif Zeybek	577
E001	CURIOUS CASE OF ISOLATED ACROMIAL PROCESS FRACTURE Karkoskova B, Musil J, Plechacova P, Roxer R, Kohoutek L	578
1124	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE BILIARY PATHOLOGY- COUNTY CLINICAL EMERGENCY HOSPITAL ORADEA SURGERY I AND II- 5 YEARS RETROSPECTIVE STUDY Mariana Ungur	579
1450	IRON DEFICIENCY ANAEMIA – ARE D2 BIOPSIES ALWAYS REQUIRED? A COHORT STUDY Sieuming Ng, Jamie Hind, Palanichamy Chandran	580
E002	PHLEGMASIA CERULEA DOLENS AND VENOUS GANGRENE: A CASE REPORT Musil J, PirkI M, Karkoskova B, Plechacova P, Kohoutek L	581
E003	CASE REPORT: A RARE CASE OF ECTOPIC SCROTAL SPLEEN	582
1014	FORGOTTEN BILIARY STENTS – A RARE COMPLICATION Sridevi Murali, Dr. Sandesh Deolekar, Dr. Bibekanand Mahapatra	583

E004	584
STAGED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLY GUNSHOT FRACTURES OF LIMBS	
PhD Y.O. Yarmolyuk	
E005	585
LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN DISTAL PANCREATECTOMY: A SINGLE-INSTITUTION COMPARATIVE 10-YEAR EXPERIENCE	
Francisco S Moura, Nigel B Jamieson	
 Video	
844	586
LAPAROSCOPIC AND ENDOSCOPIC COOPERATIVE SURGERY FOR DUODENAL STROMAL TUMOR	
Xiaohua Jiang, Ming Xu	
1365	587
BILOBAR ULTRA-MINI PERCUTANEOUS HEPATOLITHOTOMY	
Mehmet Giray Sönmez, Ahmet Öztürk, Süleyman Bakdik, Mehmet Serkan Özkent, Yunus Emre Göger, Faruk Aksoy, Metin Belviranlı	
1405	588
HYBRID INTRAGASTRIC AND LAPAROSCOPIC RESECTION OF GASTRIC GIST	
Jacek Tabor, Andrzej Komorowski, Jerzy Mitus, Wojciech Wysocki	
1413	589
SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL (SILTEP) INGUINAL HERNIA REPAIR	
Oleksii Potapov, Giovanni Dapri	
1439	590
THORACOSCOPIC LONG ESOPHAGEAL MYOTOMY FOR DIFFUSE ESOPHAGEAL SPASM	
Marina Morais, Diana Gonçalves, Silvestre Carneiro, Vitor Devesa, José Barbosa, J. Costa-Maia	
1441	591
LARGE EPIPHRENIC ESOPHAGEAL DIVERTICULUM	
Diana Gonçalves, Marina Morais, Vitor Devezas, Silvestre Carneiro, Vitor Devesa, José Barbosa, J. Costa-Maia	



68 Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich

68th Congress of the Association of Polish Surgeons

21. Annual Meeting of the European Society of Surgery
– ESS

STRESZCZENIA WYKŁADÓW

WSPÓŁCZESNY CHIRURG – MISTRZ TECHNIKI CHIRURGICZNEJ, CZY DODATEK DO NOWYCH OSIĄGNIĘĆ TECHNOLOGICZNYCH

Marek Krawczyk (Katedra Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)

Próbując zastanowić się nad odpowiedzią na pytanie zawarte w tytule, spoglądam na wielkich mistrzów chirurgii z wcześniejszych epok, do których należeli np. pionier chirurgii wojennej Dominique Jean Larrey (1766-1842) czy prof. Józef Gasiński - twórca śląskiej szkoły chirurgicznej (1903-1989). Ich niezwykła biegłość chirurgiczna wynikała nie z korzystania ze skomplikowanej aparatury, lecz z ich talentu, umiejętności podejmowania decyzji i pewności ręki.

Na każdego z nas chirurgów, postęp technologiczny ma wpływ na bieżąco. Także ja, wykształcony w tradycyjnej sztuce chirurgicznej przed 40-laty, musiałem osiąść umiejętność używania narzędzi laparoskopowych.

Nasuwa się pytanie, czy tacy mistrzowie chirurgii trzustki, jak Kausch, Whipple, Trede, Büchler byli lub są wybitniejszymi operatorami i nie należy ich porównywać z tymi chirurgami, którzy zabiegi operacyjne na trzustce wykonują laparoskopowo – jak np. Gagner czy Pomp. Nie, cała szóstka to wielcy chirurdzy, tylko działający innymi metodami.

Czy technika operacyjna wykorzystująca roboty – tzw. chirurgia robotowa wymaga mniejszego kunsztu chirurgicznego, ponieważ chirurg operuje za pomocą robota. Nie, za zabiegiem nadal stoi chirurg z jego umiejętnościami. Co prawda należy pamiętać, że taka chirurgia zmieniła także sposób kształcenia się chirurgów, gdyż wielokrotnie można oglądać i analizować przebieg operacji zapisanej na nośnikach magnetycznych.

Musimy także pamiętać, że wielcy chirurdzy, jak Starzl, DeBackey, Bismuth byli nie tylko mistrzami sztuki operacyjnej, ale także inicjatorami konstruowania nowego sprzętu, obecnie tak szeroko używanego w chirurgii.

Trzeba mocno podkreślić, że postęp technologiczny jest bardzo ważny, ale ręce chirurga, jego doświadczenie i mistrzostwo w podejmowaniu decyzji nadal wiodą prym i służą postępowi w medycynie, a przez to choremu człowiekowi.

Mistrzostwo w chirurgii, to nie tylko precyzyjne ruchy operatora, to także strategia, a nawet umiejętność zaniechania kontynuowania operacji, gdy sam zabieg mógłby zagrażać życiu chorego.

Reasumując mogę stwierdzić, że mimo niezwykłego postępu technologicznego, wynik operacji nadal zależy od sprawności i poprawności operacyjnej, a więc od mistrzostwa chirurga.

HEPATOCELLULAR CARCINOMA (RAK WĄTROBOWO KOMÓRKOWY)

Marek Krawczyk (Katedra Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)

Rak wątrobowokomórkowy (ang. HCC) jest najczęstszym pierwotnym rakiem wątroby. Każdego roku rejestruje się na świecie około 500 000 nowych zachorowań.

Istnieje ogromne zróżnicowanie co do częstości występowania HCC na świecie. W krajach dalekiej Azji rozpoznaje się go u 47 chorych, a w USA czy w Polsce tylko u 4-5 chorych na 100 000 mieszkańców.

Powstawanie HCC nierozzerwalnie łączy się z marskością wątroby, a nadal na pierwszym miejscu przyczyną jest zakażenie wirusami – HBV i HCV. Inne czynniki ryzyka to także stłuszczenie niealkoholowe, marskość alkoholowa, cukrzyca czy inne przyczyny marskości wątroby (PBC, PSC, marskość autoimmunologiczna etc.).

Do podstawowych badań wykorzystywanych w diagnostyce należą: ultrasonografia jamy brzusznej, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny. Badanie PET jest raczej pomocne w rozpoznawaniu nawrotów lub przerzutów niż pierwotnych ognisk HCC. Ważnym markerem nowotworowym, który bardzo często jest we krwi podwyższony, jest alfafetoproteina (AFP).

Leczeniem z intencją wyleczenia jest resekcja wątroby, wykonywana na otwarcie lub techniką laparoskopową. Liczba chorych, u których można wykonać resekcję wątroby nie przekracza 10%. Ograniczenia wynikają z faktu, że chorzy oprócz guza nowotworowego chorują na marskość z jej powikłaniami.

Drugą metodą leczenia z intencją wyleczenia jest przeszczepienie wątroby. Ten sposób postępowania rozwiązuje problem nowotworu, ale usuwa także chory narząd, w którym najczęściej rozwija się HCC.

Transplantacje wątroby z powodu nowotworu stanowią ok. 15% operacji (w naszej Klinice 15.5%). W tej grupie chorych na HCC to około 86% przeszczepianych. Transplantacja wątroby jest ciągle limitowana liczbą dawców i nawrotami.

W 1996 r. zaproponowano tzw. kryteria mediolańskie kwalifikowania chorych do przeszczepienia. Guz < 5 cm średnicy, a jeśli jest kilka, to nie może być ich więcej niż trzy (każdy < 3 cm). Tzw. kryteria San Francisco - kwalifikują chorych z pojedynczymi guzami o średnicy < 6.5 cm. Według kryteriów seven-up liczba guzów i ich wielkość nie powinna > 7 cm.

Najszerzej kwalifikacje chorych z HCC określają tzw. kryteria barcelońskie (BCLC). Dzielą one chorych na 5 kategorii wynikających ze sposobu leczenia na tych, których powinno się leczyć przeszczepieniem, resekcją, przetłętniczą chemoembolizacją (TACE), Sorafenibem lub zapewnić opiekę paliatywną.

W leczeniu chorych na HCC stosuje się także termoablację. Wszystkie te metody są także wykorzystywane w okresie oczekiwania chorych na przeszczepienie. Mimo to ok. 30% chorych rocznie jest usuwanych z listy transplantacyjnej ze względu na progresję choroby.

W Klinice zaproponowano tzw. warszawskie kryteria kwalifikacji do przeszczepienia chorych z HCC - jeśli stosuje się kryteria seven-up, to stężenie AFP we krwi nie powinno przekraczać 100 ng/ml.

REKONSTRUKCJE PO WYCIĘCIU PRZEŁYKU: ZALETY I WADY RÓŻNYCH TECHNIK

Krzysztof Grabowski (Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej UM we Wrocławiu)

Najczęstszym wskazaniem do wycięcia przełyku jest nowotwór złośliwy tego narządu, wyjątkowo rozległe uszkodzenie przełyku. Wycięcie przełyku wiąże się z koniecznością jego rekonstrukcji. Obecnie stosowane jest najczęściej odtworzenie przełyku z tuby żołądkowej lub uszypułowanego odcinka jelita. Zaletą rekonstrukcji przełyku z żołądka jest możliwość wykonania tego zabiegu jednocześnie z resekcją przełyku. Przeciwwskazania do użycia żołądka to przebyte zabiegi resekcyjne, czynna choroba wrzodowa i stan po oparzeniu żołądka środkiem chemicznym. Innym sposobem rekonstrukcji przełyku jest użycie różnych uszypułowanych odcinków jelita – jelita czczego, krętego, grubego lub kombinacji

różnych odcinków. Typem najczęściej wykonywanego zabiegu wytwórczego jest zastosowanie końcowego odcinka jelita krętego, kątnicy i wstępnicy. O wyborze jelita do rekonstrukcji decyduje układ naczyniowy jelit, który tylko w około 30% przypadków jest korzystny przy wyborze jelita cienkiego, natomiast jelito grube ma dobrze rozwinięty układ naczyniowy i prawie zawsze jest możliwość wytworzenia szypuły naczyniowej. Do najpoważniejszych powikłań zabiegów rekonstrukcyjnych należą nieszczelność zespoleń lub martwica substytu. Odległe, wieloletnie obserwacje wskazują, że najlepszy efekt czynnościowy mają przełyki wytworzone z jelita czczego.

JATROGENNE USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH: DIAGNOSTYKA I LECZENIE ENDOSKOPOWE

Stanisław Malinger (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)

Słowa kluczowe: drogi żółciowe, uszkodzenia jatrogenne, leczenie endoskopowe, ECPW

Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych są dobrze udokumentowanym powikłaniem w chirurgii żołądkowo-jelitowej, znanym od ponad 100 lat. Najczęściej dochodzi do nich podczas endoskopowych zabiegów na drogach żółciowych, chirurgii wątroby i dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy oraz trzustki. Operacje dróg żółciowych są jednymi z najczęściej wykonywanych zabiegów w chirurgii. Mimo wciąż wzrastającego doświadczenia operacyjnego, zabiegi te nadal nie są pozbawione powikłań. Z chwilą wprowadzenia cholecystektomii laparoskopowej w latach 80-tych ubiegłego stulecia, zabieg ten stał się standardem postępowania w Europie i na świecie. Szybka akceptacja nowej techniki operowania wiązała się z oczywistymi zaletami: obniżenie kosztów, zmniejszenie czasu pobytu chorego w szpitalu oraz większa satysfakcja pacjentów. Szerokie rozpowszechnienie cholecystektomii laparoskopowej na początku lat 90-tych, doprowadziło do dramatycznego zwiększenia ilości urazów dróg żółciowych (2,2%). Wraz ze wzrastającym doświadczeniem chirurgów, częstotliwość tych powikłań znacznie się zmniejszyła i osiągnęła plateau na poziomie 0,6%. Skuteczne

leczenie jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych wymaga interdyscyplinarnego podejścia zespołu terapeutycznego: doświadczonych endoskopistów wykonujących zabiegi na drogach żółciowych, radiologów zabiegowych (interwencyjnych) i chirurgów wątrobowo-żółciowych. Właściwe postępowanie lecznicze zależy od charakteru i zakresu urazu, obecności lub braku wycieku żółci oraz czasu postawienia właściwego rozpoznania. Niniejsze opracowanie koncentruje się na roli endoskopii zabiegowej w leczeniu tych powikłań. Zabiegi ECPW odgrywają tutaj znaczącą rolę, zarówno w diagnozowaniu jak i leczeniu. Większość jatrogennych przetok i dużą część zwężeń można z powodzeniem leczyć z wykorzystaniem technik endoskopowych. Leczenie endoskopowe może być skuteczne w około 90% uszkodzeń dróg żółciowych bez konieczności dalszego postępowania operacyjnego. Należy jednak pamiętać, że wiele z tych szczególnie skomplikowanych uszkodzeń, np. wnęki wątroby oraz wycięcia dróg żółciowych nie nadaje się do leczenia endoskopowego, konieczne jest wówczas postępowanie operacyjne w ośrodkach referencyjnych. W wielu przypadkach endoscopia pomaga jednak przygotować pacjenta do leczenia ostatecznego.

ADRENALEKTOMIA LAPAROSKOPOWA – KIEDY POWIEDZIEĆ NIE?

Maciej Otto (Klinika i Katedra Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)

Cel pracy

zaprezentowanie przeciwwskazań do wykonywania adrenalectomii laparoskopowej z dostępu bocznego przezotrzewnowego.

Wstęp

Metoda laparoskopowa jest obecnie referencyjnym postępowaniem w leczeniu zmian nadnerczowych. Wybór jej nie zmienił wskazań do operacji gruczolów nadnerczowych, zmieniła się tylko, lub aż technika operacji. Wpłynęło to znacząco na zmniejszenie powikłań około- i pooperacyjnych (10.8% adrenalectomia laparoskopowa vs 24.6% adrenalectomia klasyczna – otwarta). Dlatego też aktualnie powinniśmy mówić o przeciwwskazaniach do jej wykonywania, a nie o wskazaniach.

Materiał i metoda

Materiał operacyjny patologii nadnerczy był oceniany w latach 29.10.1997 – 31.12.2016. W okresie tym operowano 1164 chorych ze zmianami nadnerczowymi: 948 chorych miało wykonaną adrenalectomię metodą laparoskopową tj. w 81.4%, a 211 operację klasyczną/otwartą tj. 18.1%. Wyjątkowo rezygnowano z powyższych metod na rzecz zabiegów z wykorzystaniem metody termoablacji lub embolizacji tj. 0.5%. W pracy omówiono i zobrazowano czynniki mające wpływ na wybór metody otwartej lub metod alternatywnych (termoablacja, embolizacja), a nie metody laparoskopowej: guzy o średnicy przekraczającej >8 cm, rak inwazyjny (cechy miejscowego naciekania, powiększenie węzłów chłonnych, odległe przerzuty), reoperacje na nadnerczach, guzy pozanadnerczowe, guzy ektopowe i czynnościowe paraganglioma, choć te 3 ostatnie przeciwwskazania są dopuszczalne w ośrodkach referencyjnych.

Wnioski

W kwalifikacji do rodzaju metody operacji nadnerczy powinno się przestrzegać:

- zachowania zasad chirurgii onkologicznej,
- dbałości o radykalność pierwotnego zabiegu
- sama wielkość guza nie powinna decydować o sposobie wyboru metody
- wnikliwej oceny po podaniu kontrastu w badaniach obrazowych (TK, MRI) densyjności zmiany i jej wypłukiwania.

Słowa kluczowe: adrenalectomia, metody operacji, kwalifikacja

NOWOCZESNA TECHNOLOGIA MEDYCZNA A BEZPIECZEŃSTWO W CHIRURGII TARCZYCY I PRZYTARCZYC

Marcin Barczyński (Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie)

Zastosowanie nowoczesnej technologii medycznej może mieć korzystny wpływ na minimalizację ryzyka powikłań w chirurgii tarczycy i przytarczyc. Śródoperacyjny neuromonitoring jest coraz powszechniej stosowaną metodą wykorzystywaną w chirurgii tarczycy w celu ułatwienia identyfikacji nerwu krtaniowego wstecznego (NKW) i gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego (GZNBK), oraz zachowania ich prawidłowej czynności podczas operacji. Jest uzupełnieniem złotego standardu wzrokowej identyfikacji NKW, a jego rozpowszechnianie budzi nadzieje na minimalizację ryzyka uszkodzeń tych nerwów poprzez ułatwienie chirurgom o zróżnicowanym stopniu doświadczenia w chirurgii tarczycy rozeznania w polu operacyjnym. Śródoperacyjny neuromonitoring jest obecnie metodą wystandaryzowaną, a jego zastosowanie jest szczególnie przydatne w zabiegach o podwyższonym ryzyku powikłań pooperacyjnych ze strony NKW: w wolu nawrotowym, wolu zamostkowym bądź śródpiersiowym, wolu olbrzymim oraz w raku tarczycy. Obecnie w chirurgii tarczycy neuromonitoring znajduje zastosowanie w formie neuromonitoringu przerywanego (i-IONM) oraz ciągłego (c-IONM). Zastosowanie elektrody stymulującej założonej na nerw błędny pozwala na automatyczną okresową stymulację (ang. APS – Automatic Periodic Stimulation) nerwu i testowanie jego czynności w czasie zbliżonym do rzeczywistego

(c-IONM). Automatyczna analiza zapisu elektromiograficznego (amplitudy i latencji sygnału po stymulacji) umożliwia ocenę zmian przewodnictw nerwu zanim dojdzie do jego nieodwracalnego uszkodzenia. Spadek amplitudy o więcej niż 50% i wydłużenie latencji o więcej niż 10% (określanych w j. ang. jako „combined event”) w porównaniu do wartości wyjściowej są wartościami uznawanymi za graniczne, a ich wystąpienie powinno skłonić chirurga do modyfikacji techniki operacyjnej, tak aby nie doszło do śródoperacyjnej utraty sygnału, która z reguły poprzedza uszkodzenie nerwu w mechanizmie pociągania, bądź kompresji. Zatem technika c-IONM jest niezwykle obiecująca, bowiem ma potencjał prewencji uszkodzenia nerwu. W ostatnich latach baczniejszą uwagę zwraca się na także na minimalizację ryzyka wystąpienia pooperacyjnej niedoczynności przytarczyc. W celu ułatwienia śródoperacyjnej lokalizacji i zachowania in situ przytarczyc można korzystać z techniki wykorzystującej zjawisko autofluorescencji przytarczyc w świetle wąskopasmowym. Co więcej, zastosowanie śródoperacyjnej angiografii przytarczyc przy użyciu fluoresceiny umożliwia ocenę zachowania prawidłowego ukrwienia przytarczyc, co ma przełożenie na zachowanie ich czynności. Śródoperacyjny monitoring stężenia parathormonu bywa wykorzystywany jako alternatywna technika przy ustaleniu wskazań do autotransplantacji przytarczyc.

PALIATYWNE OPERACJE LAPAROSKOPOWE W CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ JAMY BRZUSZNEJ

Stanisław Głuszek (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej WŚZ w Kielcach; Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach)

W wykładzie przedstawiono wskazania i zasady wykonania laparoskopii diagnostycznej i operacyjnej w chorobach nowotworowych jamy brzusznej. Zgodnie z zasadami współczesnej onkologii do podjęcia właściwej decyzji konieczne jest adekwatne rozpoznanie choroby oparte na badaniu histopatologicznym, określenie stopnia złośliwości choroby oraz stopnia klinicznego zaawansowania na podstawie wyników badania klinicznego, badań endoskopowych i badań obrazowych. W oparciu o takie dane dopiero można postawić rozpoznanie i ocenić stopień klinicznego zaawansowania.

Ten etap diagnostyki onkologicznej pozwala wybrać sposób postępowania: leczenie chirurgiczne z intencją wyleczenia czy też postępowanie paliatywne. W chirurgii onkologicznej jamy brzusznej można rozważać postępowanie paliatywne w postaci endoskopowego protezowania zwężeń nowotworowych przełyku i wpustu, z udziałem ew. kontroli laparoskopowej. W kolejnych odcinkach przewodu pokarmowego może być konieczne wykonanie z zastosowaniem technik laparoskopowych zespożeń omijających żołądkowo-jelitowych w przypadku raka żołądka lub innych nowotworów obwodowej części żołądka, zespożeń żołądkowo-jelitowych połą-

czonych z zespoleniem przewodowo-dwunastniczym („tzw. podwójny by-pass”) w przypadku guzów bańki wątrobowo-dwunastniczej, w tym m.in. raków głowy trzustki. Również w takich sytuacjach klinicznych często stosowane jest protezowanie dróg żółciowych z zastosowaniem technik endoskopowych. Paliatywna chirurgia laparoskopowa odgrywa również ważne znaczenie w chirurgii jelita grubego, w tym wytwarzanie zespożeń omijających, resekcje cytoredukcyjne oraz wytwarzanie stomii.

Dalsze doskonalenie technik laparoskopowych – lepsze tory wizyjne, dokładniejsza wizualizacja, możliwość łączenia technik endoskopowych i laparoskopowych – pozwoli na poszerzenie udziału chirurgii laparoskopowej w leczeniu zaawansowanych stanów nowotworowych.

PERFORATED PEPTIC ULCER – LAPAROSCOPIC TREATMENT

Michał Pędziwiatr

Although in the last two decades the global prevalence of uncomplicated ulcer disease has declined, its acute complications in the form of perforated peptic ulcer (PPU) are still the common reason for emergency operations. In 1990, Nathanson et al. were the first to describe the use of laparoscopy for PPU. The initial results, as well as further randomised clinical trials, showed a number of benefits of minimally invasive surgery. Although laparoscopic surgery for PPU is considered straightforward by majority

of surgeons, this approach is relatively uncommonly used, even in bigger surgical centres. The aim of this lecture is to present the technique of laparoscopic PPU repair. A series of intraoperative video clips will be presented to explain step-by-step approach to this emergency operation. They will include commentary on the indications and contraindications, surgical team and equipment set-up as well as the explanation of all steps of the procedure, including management of unexpected situations.

BREAST SURGEON – CZY SPECJALIZACJA NARZĄDOWA MA PRZYSZŁOŚĆ?

Kołacińska Agnieszka

Na świecie żyje około 3,7 miliarda kobiet. Każda z nich będzie potrzebowała konsultacji specjalisty chorób piersi w zakresie profilaktyki, a 1 spośród 8- leczenia, gdyż zachoruje na raka piersi. Ponadto wiele kobiet cierpi na schorzenia łagodne gruczołu piersiowego. Również 1 mężczyzna na średnio 137 kobiet zachoruje na raka piersi. Chirurg piersi to chirurg dedykowany/ poświęcający się chirurgii piersi. W różnych krajach świata powyższy rodzaj chirurgii wykonują chirurdzy ogólni, chirurdzy onkologiczni, ginekolodzy lub chirurdzy plastyczni. W większości krajów nie ma oficjalnej specjalizacji szczegółowej- breast surgeon. W Europie jest możliwość złożenia egzaminu European Board of Surgery Qualification in Breast Surgery, po otrzymaniu tytułu specjalisty chirurgii/ ginekologii w swoim macierzystym kraju. Kryteria dostępne są na stronie uemssurg.org/divisions/breast-surgery. W Stanach Zjednoczonych chirurdzy piersi (breast surgeon) podejmują, po zakończeniu rezydentury z chirurgii ogólnej i złożeniu egzaminu, dodatkowe 2-letnie szkolenie- fellowship, w zakresie technik chirurgicznych raka piersi, onkologicznych, onkoplastycznych i rekonstrukcyjnych oraz badań naukowych dotyczących patologii piersi.

Na podstawie badań naukowych najlepsze przeżycia zależne od raka piersi (Breast Cancer Specific Survival) odnotowano w centrach operujących przynajmniej 150-200 chorych rocznie. Nowoczesny chirurg piersi funkcjonuje prawidłowo wyłącznie w zespole wielodyscyplinarnym innych specjalistów.

ZAŁOŻENIA KOMPLEKSOWEGO LECZENIA RAKA PIERSI W RAMACH JEDNOSTEK TYPU BREAST UNIT

Diana Hodorowicz-Zaniewska

Zdaniem ekspertów, najkorzystniejszym rozwiązaniem po rozpoznaniu choroby nowotworowej piersi, jest skierowanie pacjentki do wyspecjalizowanego ośrodka referencyjnego.

W 2000 roku Europejskie Towarzystwo Specjalistów Raka Piersi (EUSOMA), zdefiniowało wymagania organizacyjne, personalne i sprzętowe dla jednostek typu Breast Unit/Breast Cancer Unit, a rezolucja Parlamentu Europejskiego ogłoszona w 2006 roku, poparła tworzenie takich placówek we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

Zgodnie z jasno określonymi wytycznymi, muszą one skupiać w jednym miejscu doświadczonych specjalistów z zakresu chirurgii onkologicznej, chirurgii plastycznej, ginekologii, onkologii, radioterapii, patomorfologii i radiologii, posiadać zaplecze rehabilitacyjne i oferować profesjonalne wsparcie psychologa. Breast Unit jest zobowiązany zapewnić wszystkie świadczenia, od profilaktyki i porad genetycznych, przez leczenie pierwotne, do opieki nad pacjentką z chorobą zaawansowaną czy rozsianą (leczenie paliatywne) oraz kontrolą po leczeniu.

Jedna placówka powinna obejmować populację co najmniej 250 000 mieszkańców i zajmować się leczeniem minimum 150 nowych przypadków raka piersi rocznie. Jakość świadczonych w ośrodku Breast Unit usług podlega certyfikacji EUSOMA i SIS (Senologic International Society) i jest objęta programami kontroli, uwzględniającymi regularne audyty wewnętrzne i zewnętrzne.

Dzięki właściwie zdefiniowanej strukturze organizacyjnej, ośrodki Breast Unit zapewniają kompleksowość, a zarazem tak ważną dla pacjenta indywidualizację terapii, osiągając o 10-20% lepsze wyniki leczenia w tej grupie chorych.

W chwili obecnej w Polsce istnieją tylko 4 akredytowane placówki Breast Unit, ale duże zainteresowanie ich tworzeniem i trwające procesy certyfikacyjne dają nadzieję na poprawę sytuacji chorych z rakiem piersi.

**PANEL DISCUSSION WITH EXPERTS:
„CURRENT CONTROVERSIES IN THE MANAGEMENT OF THYROID CANCER”**

Moderator: **Marcin Barczyński** (Poland)

Experts: **Alfonso Barbarisi** (Italy), **Luc Michel** (Belgium), **Henning Dralle** (Germany), **Barbara Jarzab** (Poland),
Alicja Hubalewska-Dydejczyk (Poland), **Marek Dedecjus** (Poland), **Agnieszka Czarniecka** (Poland)

This panel discussion with experts covers the most recent areas of controversy in the management of thyroid cancer. The increase in incidence of thyroid cancer during the last decades without concomitant rise in mortality termed as overdiagnosis results in overtreatment of many patients with small papillary intrathyroidal cancer tumors worldwide. Hence, in recent years the management strategy includes individual risk assessment allowing for tailored approach to treatment. The paradigm of total thyroidectomy has been challenged by lobectomy alone and concept of active surveillance in selected patients. Brand new data on surgical volume and outcomes relationship favoring high-volume thyroid surgery in order to reduce prevalence of postsurgical complications has become available. In addition, concept of dynamic risk stratification has been introduced to the armamentarium

of follow-up protocols and indications to radioactive iodine treatment have been reconsidered. Nevertheless, the revised American Thyroid Association 2015 guidelines needs to be put in the context of European perspective and local healthcare environments. In particular, management of children and young adults may be different. Reclassification of pathological criteria resulted in defining a new entity termed noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP). Clinical significance of these borderline tumors remains highly controversial. At last but not least, the revision of TNM2017 classification and Bethesda cytological reporting system is expected. Molecular markers may play an increasing role in the diagnosis of indeterminate thyroid tumors in close future.

POPRAWA WYNIKÓW LECZENIA CHORYCH NA RAKA PIERSI W POLSCE W XXI WIEKU

Krzysztof Herman

Wyniki leczenia chorych na raka piersi w Polsce są gorsze niż w wielu krajach EU. W celu oceny aktualnej sytuacji przeprowadzono analizę porównawczą wyników 5-letnich przeżyć względnych chorych leczonych w okresach 2000-2002, 2005-2007 i 2008-2010. Oceniono różnice w wynikach i metodach leczenia oraz wpływ różnych czynników na te różnice. Dokonano także analizy kosztów leczenia.

Wyniki

Wyniki 5-letnich przeżyć względnych wyniosły 75% (dla leczonych w latach 2000-2), 80,3% (2005-2007), 81,7% (2008-2010) oraz wstępnie 82,6 dla chorych leczonych w 2011 roku. Zanotowano znaczące różnice (zmniejszające się w analizowanych okresach) w przeżyciach pomiędzy różnymi województwami (odpowiednio 10,6%; 6,7% i 5,4%). Analiza częstości stosowanych metod leczenia wykazała znaczące różnice pomiędzy województwami, które wyniosły (w latach 2008-10) 8,4% dla leczenia chirurgicznego, 21,2% dla radioterapii i 17% dla chemioterapii. Różnice dotyczyły także średnich kosztów leczenia chorych, które wyniosły w Polsce 45,6 tys zł (w zakresie od 38,9-59,3 tys w różnych województwach). W analizie wieloczynnikowej stwierdzono, że na różnice w przeżyciach pomiędzy różnymi województwami wpływała częstość leczenia chirurgicznego, częstość wykonywania mammografii skriningowej oraz liczba chirurgów onkologów w danym województwie. Do czynników wpływających znamienne na wyższe koszty leczenia wpływała częstość stosowania radioterapii i chemioterapii.

Wnioski

W Polsce postępuje znacząca poprawa wyników przeżyć 5-letnich chorych leczonych z powodu raka piersi (2011r – 83%), ale jest to mniej niż np. w UK 87% czy USA 89%. Utrzymują się duże różnice pomiędzy województwami w wynikach leczenia, które tylko częściowo są wynikiem różnej struktury zaawansowania nowotworu w różnych rejonach kraju. Jednym z głównych czynników wpływającym na poprawę wyników jest coraz szersze wdrażanie mammografii skriningowej. Nadal występują istotne różnice w metodach i jakości leczenia chorych na raka piersi, co ma także najprawdopodobniej wpływ na wyniki leczenia. Występują duże różnice w kosztach leczenia, które nie są powiązane z wynikami, a jedynie z metodami stosowanego leczenia

OPERACJE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH ZE WSKAZAŃ NAGŁYCH

Michał Pędziwiatr

Wraz z rozwojem technik endoskopowych zakres wskazań do doraźnych zabiegów dróg żółciowych uległ istotnej zmianie. Dzięki endoskopowej wstecznej cholangiopankreatografii odsetek chorych z kamicą przewodową kwalifikowanych do operacji rewizyjnych istotnie zmniejszył się. Z jednej strony zjawisko to wiąże się z olbrzymimi korzyściami dla chorych, zwłaszcza w wieku podeszłym, u których zabieg operacyjny wiąże się z ryzykiem okołoperacyjnym. Z drugiej strony takie podejście do leczenia wpłynęło na współczesną naukę chirurgii. Młodzi chirurdzy mają zdecydowanie mniejszy dostęp do zabiegów, które jeszcze kilkanaście lat temu należały do najczęstszych procedur na oddziałach chirurgii, co może utrudniać im nabycie biegłości w chirurgii dróg żółciowych. Zadając sobie pytanie o konsekwencje takiego stanu rzeczy należy ustalić jakie są rzeczywiste wskazania

do doraźnej eksploracji dróg żółciowych oraz czy i kiedy odroczenie zabiegu o kilkanaście godzin, po to by został on wykonany przez bardziej doświadczony zespół jest bezpieczne. Na dodatek niezmiennie od lat obserwuje się niski, jednak niemożliwy do pominięcia odsetek uszkodzeń dróg żółciowych, co również może wymagać natychmiastowego zaopatrzenia. I wreszcie, w związku z rozwojem innych dziedzin chirurgii (np. chirurgia bariatryczna) coraz częściej obserwuje się pacjentów, u których dostęp endoskopowy do dróg żółciowych z uwagi na zmienioną anatomię przewodu pokarmowego nie jest możliwy, a którzy również wymagają pilnego postępowania. Celem wykładu jest przedstawienie współczesnych poglądów na chirurgię dróg żółciowych ze wskazań nagłych ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku podeszłym.

QUALITY OF TIME IN RECTAL CANCER

Marek Bębenek

The large intestine is the second most common location for cancer, and colorectal cancer remains the second most common cause of oncological deaths among men and women from developed countries.

From the viewpoint of surgical oncology, rectal cancers are considered a particular problem among colorectal malignancies. Rectal cancers constitute a more serious challenge than tumors located in the remaining parts of the large intestine. This is related to the fact that the rectum lies extraperitoneally in the pelvic cavity.

Thirty-five years ago Heald et al. highlighted the importance of the mesorectum – a layer of fat tissue surrounding the entire rectum. Incomplete resection of the mesorectum by means of older surgical techniques (blind and blunt dissection) resulted in higher rates of isolated local recurrences. This limited surgical access to the rectum during the old blunt and blind dissection affects the quality of life in patients subjected to rectal resection. The consequences of autonomic nerve plexus injury during blunt dissection and inadvertent separation of the so-called nervi erigentes (responsible for sexual function, etc. are the main factors affecting the postsurgical quality of life. The implementation of total mesorectal excision (TME) proposed by Heald markedly improved therapeutic results in rectal cancer cases. Complete resection of the mesorectum, manifested clinically as smooth-edged surgical specimens, was reflected by marked improvements in survival and isolated local recurrence rates (from more than 20% to less than 5% and from 45% to more than 80% for local recurrence and overall survival, respectively).

However, successful outcomes were not observed with regard to low-rectal cancers. The former approach is represented by a so-called cylindrical APR, or extra levator perineal excision (ELAPE), or abdomino-sacral amputation of the rectum (ASAR). The “most radical” approach subsequently involved the implementation of a technique of ASAR. The free surgical approach enables sharp dissection under direct vision and guarantees optimal resection of CRM-negative surgical specimens. Along with low morbidity rates, these results suggest that ASAR should be implemented as a routine technique for low-rectal cancer resection.

Finally, many studies have revealed that proper surgical training is one of the factors underlying lower recurrence rates and improved survival in rectal cancer patients.

A multidisciplinary approach should be the gold standard of care in rectal cancer patients.

ROZLEGŁE USZKODZENIA NARZĄDÓW MIĄSZSOWYCH – TAKTYKA LECZENIA

Krystyn Sosada (Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej, Metabolicznej, Plastycznej i Rekonstrukcyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 w Sosnowcu, Centrum Urazowe)

Rozległe obrażenia narządów mięsnych jamy brzusznej powstają w wyniku urazów tępych, rzadko przenikających. Najczęściej ulegają uszkodzeniu wątroba i śledziona, rzadziej nerki i trzustka. Krwotok do jamy otrzewnej z uszkodzonego narządu bezpośrednio zagraża życiu pacjenta. Rozległe uszkodzenie wątroby i/lub śledziona wymaga odpowiedniej taktyki postępowania. O pilności operacji zawsze decyduje stabilność hemodynamiczna pacjenta. Po wstępnej diagnostyce obrazowej –USG (FAST) lub TK, pacjent niestabilny wymaga pilnej laparotomii. Celem operacji jest opanowanie krwotoku poprzez czasową tamponadę krwawiącego narządu serwetami chirurgicznymi tzw. „packing”, usunięcie martwiczych tkanek oraz wstępne zaopatrzenie pozostałych narządów jamy brzusznej. Metoda skróconej laparotomii „damage control”, obecnie często jest stosowana z dobrym skutkiem. W przypadku wątroby przydatny w opanowaniu krwawienia może być ucisk więzadła wątrobowo-dwunastniczego (manewr Pringle’a), a w przypadku śledziona ucisk tętnicy śledzionowej. Po 24-48 godzinach po wyrównaniu stanu hemodynamicznego pacjenta w SOR lub OIT, jest czas na ostateczną operację naprawczą narządów jamy brzusznej. W uszkodzeniu wątroby I i II stopnia w 6-stopniowej klasyfikacji Moore’a wystarcza leczenie zachowawcze, gdyż do 60 % powierzchownych uszkodzeń wątroby gojenie jest samoistne i nie wymaga interwencji chirurgicznej. W przypadku uszkodzenia śledziona mamy do dyspozycji leczenie chirurgiczne, wewnątrznaczyniowe lub zachowawcze. Należy dążyć do zachowania narządu.

W tym celu u pacjentów stabilnych należy wykonać TK z kontrastem. Badanie to ocenia rodzaj i ciężkość anatomicznych uszkodzeń w 5-stopniowej skali wg AAST, aktywność i wielkość krwawienia. Z kolei 4-stopniowa skala obrażeń śledziona wg. Baltimore w oparciu o wynik TK pozwala zakwalifikować pacjenta do leczenia chirurgicznego lub endowaskularnego, polegającego na embolizacji tętnicy śledzionowej z zachowaniem narządu. Rekomendowany czas rozpoczęcia embolizacji wynosi 30-60 minut. Leczenie zachowawczo-obserwacyjne możemy zastosować przy braku wynaczyńienia kontrastu w TK, przetoki tętniczo-żylny pourazowej, tętniaka rzekomego i krwiaka wewnątrz-trzewnowego. Pacjent powinien być monitorowany w trybie ciągłym przez kilka dni po urazie. W uszkodzeniu nerki zawsze należy dążyć do jej zachowania, po sprawdzeniu obecności czynnej drugiej nerki. W uszkodzeniu trzustki często wystarcza drenaż tej okolicy, rzadko konieczna jest resekcja narządu. Bardzo ważną rolę w leczeniu odgrywa prawidłowo prowadzona okołooperacyjna resuscytacja płynowa, w tym transfuzja preparatami krwi - KKCz, osocze i płytki krwi. Obecnie zaleca się podawanie ograniczonej objętości krystaloidów, co wpływa korzystnie na mniejszą liczbę powikłań. W przypadku masywnych transfuzji z powodu krwawienia zaleca się przetaczanie w tak zwanym wysokim stosunku 1:1:1 KKCz, osocze, płytki krwi.

STRATEGIA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU MNOGICH I WIELONARZĄDOWYCH OBRAŻEŃ JAM CIAŁA

Leszek Brongel (Szpital Uniwersytecki w Krakowie)

Material

Chorzy leczeni w oddziale urazowym II Katedry Chirurgii AM/CM UJ począwszy od lat 80. tj. w okresie ostatnich 30 lat.

Metodyka

Analiza przebiegu i wyników leczenia tych chorych w licznych pracach naukowych (podręcznikowe, doktorskie, artykuły w prasie fachowej, doniesienia na zjazdach i konferencjach krajowych i zagranicznych, granty itd.)

Streszczenie

W przeważającej mierze (80%) są to mężczyźni, ofiary wypadków komunikacyjnych i upadków z wysokości, średnio w wieku 45 lat, u których obrażenia narządów wewnętrznych występują czterokrotnie częściej niż w przypadku obrażeń izolowanych. Stanowią oni 7-10% wszystkich hospitalizowanych ofiar wypadków, ale tylko połowa z nich dociera do szpitala.

W tych przypadkach istotną rolę odgrywają: czas (wąskie okienko terapeutyczne), trudności diagnostyczne (pośpiech i nakładanie się na siebie objawów), konieczność leczenia wielospecjalistycznego i wykonania naraz kilku inwazyjnych interwencji. Znacznie częściej rodzi to ryzyko błędu, a zatem i konsekwencje prawne. Wreszcie każde z obrażeń w sposób pośredni lub bezpośredni narusza funkcję innych narządów.

Immanentne skutki ciężkiego urazu to zniszczenie tkanek, ból, utrata krwi, niedotlenienie, upośledzenie funkcji mózgu, hipotermia. Każda nasza interwencja, ale też jej brak, opóźnienie czy zbędność(!) w oczywisty sposób nasila („drugi cios”) skutki urazu pierwotnego. Tylko prawidłowy dobór zakresu tych interwencji w zależności od stanu chorego, pozwala uniknąć przynajmniej części powikłań („powikłania z przeżycia”) niszczących dobry wydawałoby się efekt wdrożonego leczenia.

OBRAŻENIA NACZYŃ JAMY BRZUSZNEJ

Martek Maruszyński (Warszawa)

Obrażenia dużych naczyń jamy brzusznej są związane z bardzo wysoką śmiertelnością, tak w miejscu zdarzenia jak i podczas kolejnych etapów postępowania leczniczego. Jako główną przyczynę wewnątrzbrzusznego śmiertelnego krwotoku uważa się trudności z szybkim dostępem chirurgicznym do położonych zaotrzewnowo naczyń. Liczbowo dominują zdecydowanie obrażenia przenikające. W warunkach

wojennych stanowią < 3%, w czasie pokoju liczba ich wzrasta - użyciem noża do 10% a broni palnej aż do 20% (!). Omówiono klasyfikację wg AAST oraz: technikę chirurgiczną, (m.in. rotację trzewi), możliwości i ograniczenia wewnątrznacyniowego (czasowego i ostatecznego) oraz kluczowe momenty, „pułaki“ i powikłania postępowania.

WYNIKI OPERACJI BARIATRYCZNYCH

Mariusz Wyleżoł

Chirurgiczne leczenie otyłości jest współcześnie jedyną metodą postępowania terapeutycznego o udowodnionej skuteczności pod względem redukcji ryzyka zgonu w obserwacji odległej i poprawy jakości życia w grupie chorych z otyłością olbrzymią. Powyższy korzystny efekt jest wynikiem ustępowania licznych powikłań otyłości w wyniku wprowadzonych zmian anatomicznych w obrębie przewodu pokarmowego prowadzących do ustępowania zaburzeń w neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów, a także redukcji masy ciała. Istotny wpływ na wyniki leczenia ma stopień zaawansowania choroby podstawowej, tzn. otyłości jak i chorób współistniejących. W przypadku chorych z najbardziej zaawansowanymi postaciami choroby wskazane jest leczenie zabiegowe wieloetapowe w celu poprawy wyników leczenia i zwiększenia jego bezpieczeństwa. Wykazano także, że wyniki chirurgicznego leczenia otyłości są zależne od wielospecjalistycznego podejścia do procesu terapeutycznego, w który zaangażowani powinni być lekarze różnych specjalności ze względu na często spotykaną wielochorobowość u pacjentów kwalifikowanych do operacji bariatrycznych. W okresie przedoperacyjnym dotyczy to optymalizacji leczenia powikłań otyłości w celu redukcji ryzyka związanego z przeprowadzeniem

zabiegu chirurgicznego. Natomiast w okresie pooperacyjnym istnieje zazwyczaj konieczność dostosowania dawkowania leków stosowanych w leczeniu powikłań otyłości, a także stosowania leczenia substytucyjnego w celu uniknięcia rozwoju lub leczenia zaburzeń niedoborowych. Odległe wyniki leczenia są w dużym stopniu zależne od zastosowanej metody i mogą różnić się pod względem stopnia redukcji masy ciała i ustępowania powikłań otyłości. Operacje kompleksowe, zagrożone we wczesnym okresie pooperacyjnym większym odsetkiem powikłań prowadzą zazwyczaj do większej redukcji masy ciała. Natomiast operacje o mniejszym zagrożeniu okołoperacyjnym są niejednokrotnie związane z wyższym odsetkiem powikłań odległych wymagających ponownej interwencji chirurgicznej. Stąd też jednym z najistotniejszych zagadnień w chirurgii bariatrycznej wpływającym na uzyskiwane wyniki leczenia jest kwalifikacja chorych do poszczególnych metod operacyjnych. Jak dotychczas nie opracowano uniwersalnego sposobu pozwalającego na powyższą kwalifikację, w związku z powyższym powinna ona mieć spersonalizowany charakter.

ERCP I SFINKTEROTOMIA, CZY TO KONIEC CHIRURGII DRÓG ŻÓŁCIOWYCH?

Marek Dobosz

Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego wprowadzone do praktyki klinicznej przez niemieckich gastroenterologów Meinharda Classena i Ludwiga Demlinga w 1973 roku dało możliwość minimalnie inwazyjnej eksploracji dróg żółciowych. W kolejnych latach, rozwój endoskopii a w szczególności osprzętu endoskopowego sprawił, że dostęp do dróg żółciowych przez naciętą brodawkę Vatera stał się powszechny w leczeniu wielu schorzeń dróg żółciowych, zastępując tym samym część tradycyjnych procedur chirurgicznych. Klasycznym przykładem zmiany taktyki leczenia, dzięki wprowadzeniu sfinkterotomii, jest kamica przewodowa. Dzięki tej procedurze, większość chorych jest leczona endoskopowo, zaś choledochotomia z ewakuacją złogów i pozostawieniem drenu Kehra jest zabiegiem chirurgicznym coraz rzadziej wykonywanym. Należy jednak pamiętać, że poza doraźnymi powikłaniami, sfinkterotomia może powodować późne następstwa związane z zarzucaniem treści dwunastniczej do dróg żółciowych, powodując ich zapalenie czy nawet rozwój nowotworu. W związku z tym stosuje się chirurgiczne minimalnie inwazyjne alternatywne metody leczenia kamicy przewodowej jak laparoskopowa eksploracja przewodu żółciowego wspólnego (LCBDE), oszczędzając tym samym

zwieracz Oddiego (metody te stopniowo zyskują na wartości). Poza tym niemożność dotarcia do brodawki Vatera (np. po resekcji żołądka), olbrzymie złogi czy rzadkie przypadki kamicy wewnątrzwątrobowej też ograniczają rolę endoskopii i stanowią wskazania do leczenia chirurgicznego. Z innych schorzeń, w leczeniu których sfinkterotomia w połączeniu z innymi technikami endoskopowymi znalazła zastosowanie, wypierając metody chirurgiczne, należało by wymienić przetoki żółciowe, zwężenia łagodne (w tym kalectwo dróg żółciowych) i nowotworowe (leczenie paliatywne). Poza metodami endoskopowymi i chirurgicznymi, należy też wspomnieć o procedurach przezskórnych oraz powiązanych z zastosowaniem techniki endo-US, które znajdują coraz szersze zastosowanie w leczeniu schorzeń dróg żółciowych. Podsumowując, chirurgia nadal stanowi ważne ogniwo w armamentarium leczenia chorób dróg żółciowych. Wybór stosowanej metody leczenia należy indywidualizować w zależności od wskazań klinicznych a także od możliwości technicznych i doświadczenia ośrodka leczącego.

NEKREKTOMIA ENZYMATYCZNA JAKO ALTERNATYWA TRADYCYJNYCH METOD LECZENIA RAN W ODDZIAŁACH OPARZENIOWYCH

Jakub Nowakowski, Jerzy Sikorski, Karol Szymański, Krzysztof Słowiński

(Klika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej UM w Poznaniu)

Wstęp

Choroba oparzeniowa stanowi ogromne wyzwanie dla zespołu terapeutycznego. Alternatywę do klasycznych metod usuwania martwicy stanowi nekrektomia enzymatyczna z zastosowaniem preparatu NexoBrid®. CelCelem pracy jest określenie wpływu zastosowania leku NexoBrid® na skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów w Oddziale Leczenia Oparzeń.

Metody

W Klinice Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w okresie od 01.06.2016r. do 01.05.2017r. preparatem NexoBrid® leczono 6 pacjentów.

Wyniki

Analizie poddano pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Leczenia Oparzeń w okresie od 01.06.2016r do 01.05.2017r. Preparat NexoBrid® stosowano na rany oparzeniowe mozaikowe (II/III stopień) o powierzchni od 5% do maksymalnie 8% TBSA. W dwóch przypadkach zastosowano jednocześnie przyłożenie przeszczepów skóry autogennej pośredniej grubości uzyskując pełne wyleczenie rany oparzeniowej po 10 dniach. U dwóch pacjentek po zastosowaniu preparatu NexoBrid® na ranę oparzeniową zaobserwowano tendencję do samoistnego wygojenia się ran z czego u jednej doszło do całkowitego pokrycia rany naskórkiem w ciągu 8 dni, u drugiej 80% powierzchni rany poddanej enzymatycznej

nekrektomii wygoiło się samoistnie w ciągu 14 dni, pozostałą powierzchnię pokryto przeszczepami skóry pośredniej grubości. U pozostałej dwójki oczyszczone metodą enzymatyczną rany pokryto przeszczepami w trybie odroczonego uzyskując pełne ich wygojenie. W dwóch przypadkach wystarczył pojedynczy zabieg nekrektomii enzymatycznej, z czego w jednym wykonano jednocześnie przeszczep skóry autogennej. Okres gojenia ran leczonych z zastosowaniem techniki nekrektomii enzymatycznej wyniósł średnio 15 dni, natomiast średni czas leczenia ran oparzeniowych tradycyjnymi technikami operacyjnymi to 32 dni. W 2 na 6 przypadków leczonych preparatem NexoBrid® uniknięto konieczności stosowania przeszczepów skóry pośredniej grubości.

Wnioski

Nekrektomia enzymatyczna pozwala uniknąć okaleczających i oszpecających pacjentów operacji, stąd też powinna być wykorzystywana w leczeniu ran oparzeniowych okolic eksponowanych i szczególnie istotnych z punktu widzenia funkcjonalnego. Stosowanie preparatu NexoBrid® w Oddziale Leczenia Oparzeń pozwoliło skrócić czas terapii ran oparzeniowych o ponad połowę w stosunku do okresu leczenia ran metodami tradycyjnymi (15 do 34 dni).

STRATEGIA LECZENIA PRZEPUKLIN POOPERACYJNYCH U CHORYCH W PODESZŁYM WIEKU

Rafał Solecki

Operacje przepuklin brzusznych to jedne z najczęstszych operacji wykonywanych w oddziałach chirurgicznych. Przepukliny pierwotne występują częściej u ludzi młodych. Przepukliny wtórne - w bliżnie pooperacyjnej statystycznie częściej występują u ludzi starszych co wiąże się z tym, iż w starszej populacji zabiegi operacyjne w zakresie jamy brzusznej wykonywane są częściej, a wytrzymałość włókien kolagenowych z wiekiem się zmniejsza. W związku ze wzrastającą średnią długością życia w populacji, częstość przepuklin w bliznach pooperacyjnych również wzrasta.

Według definicji WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) za początek starości uznaje się 60 rok życia i wyróżnia się trzy zasadnicze jej etapy: 1.wiek podeszły (60-75 lat), 2.wiek starczy (75-90 lat), 3.wiek sędziwy (powyżej 90 lat).

Oczywiści wiek biologiczny nie jest obiektywnym wyznacznikiem procesu starzenia się. Osoby w wieku podeszłym często są bardziej sprawne fizycznie niż osoby młodsze.

W związku z tym konieczne jest zindywidualizowane podejście terapeutyczne do każdego pacjenta w wieku podeszłym i decyzja o leczeniu operacyjnym bądź zachowawczym.

STANDARDY LECZENIA CZERNIAKA KOŃCZYN

Piotr Rutkowski (Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie)

Podstawą klinicznej diagnostyki różnicowej i kwalifikacji do biopsji wycinającej jest obecnie dermoskopia. Dla ustalenia rozpoznania i określenia najważniejszych czynników rokowniczych podstawowe znaczenie ma biopsja wycinająca podejrzanych w kierunku wczesnego czerniaka zmian barwnikowych skóry (wycięcie całej grubości skóry i powierzchownej warstwy tkanki tłuszczowej) – w przypadku lokalizacji kończynowej zgodnie z osią długą z marginesem 1-2 mm. Wczesne rozpoznanie i chirurgiczne usunięcie czerniaka nie tylko poprawia rokowanie, ale daje szansę wyleczenia około 90% chorych. Kolejne etapy postępowania terapeutycznego w oparciu o cechy histopatologiczne obejmują kwalifikację chorych do radykalnego wycięcia blizny po biopsji wycinającej z właściwymi marginesami oraz wykonania biopsji węzła wartowniczego. Do biopsji węzła chłonnego wartowniczego kwalifikują się chorzy: po biopsji wycinającej z rozpoznaniem czerniaka skóry potwierdzonym badaniem histopatologicznym, ale nie po szerokim wycięciu ogniska pierwotnego; z grubością nacieku Breslowa $\geq 1,0$ mm lub z (mikro-)owrzodzeniem na powierzchni czerniaka niezależnie od grubości nacieku, lub indeksem mitotycznym $\geq 1/\text{mm}^2$ [czerniak, którego ognisko pierwotne sklasyfikowano jako kategoria pT1b-T4b wg klasyfikacji TNM UICC/AJCC 2010]; według danych amerykańskiego SSO/ASCO,

ESMO i PTChO można odstąpić od wykonywania biopsji węzła wartowniczego w czerniakach pT1b o grubości do 0,75 mm (niemniej należy nadal rozważyć ją przy stwierdzeniu owrzodzenia zmiany pierwotnej); bez klinicznych cech przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i narządach odległych. W przypadku przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych postępowaniem z wyboru jest wykonanie radykalnej limfadenektomii. Zaleca się włączanie chorych na czerniaki skóry o wysokim ryzyku nawrotu (przerzuty w węzłach chłonnych i/lub owrzodzenie pierwotnej zmiany) do prospektywnych badań klinicznych nad leczeniem uzupełniającym. Obecność przerzutów odległych nadal wiąże się ze złym rokowaniem. W sytuacji uogólnienia nowotworu jest konieczne wykonanie badania w kierunku mutacji genu *BRAF*. Długoletnie przeżycia dotyczą głównie chorych poddanych resekcji pojedynczych ognisk przerzutowych. W systemowym leczeniu chorych z obecnością mutacji *BRAF V600* znajduje zastosowanie inhibitora *BRAF* + *MEK* – wemurafenib z kobimetynibem lub dabrafenib z trametynibem, oraz - niezależnie od statusu mutacji *BRAF* - immunoterapia przeciwciałami anty-PD-1 (niwolumab lub pembrolizumab), ewentualnie ipilimumab (przeciwciało anty-CTLA4).

STANDARDY LECZENIA PRZERZUTÓW DO OTRZEWNEJ W RAKU JELITA GRUBEGO

Tomasz Jastrzębski

Częstość przerzutów do otrzewnej w raku jelita grubego wynosi 5%-15% w przypadku przerzutów synchronicznych i aż 40% w przypadku wystąpienia wznowy miejscowej. Pomimo dużego postępu w leczeniu farmakologicznym poprzez wprowadzenie leków celowanych, rokowanie u chorych z przerzutami do otrzewnej jest nadal niezadowalające. Średnie przeżycie tych chorych leczonych paliatywnie wynosi 6-9 miesięcy, rzadko przekraczając 2 lata w przypadku zastosowania intensywnej chemioterapii. Zdecydowanie lepsze wyniki leczenia uzyskuje się poprzez skojarzone wykonanie zabiegu cytoredukcyjnego w połączeniu z dootrzewnową chemioterapią perfuzyjną w hipertermii (HIPEC). Wyniki takiego leczenia są zdecydowanie lepsze i pozwalają na osiągnięcie przeżyć 5-letnich na poziomie 30%-50%. Możliwość uzyskania takich wyników jest związane ze stopniem zaawansowania przerzutów w jamie otrzewnej i wykonanie całkowitej makroskopowej cytoredukcji. Zabiegi te wymagają dużego doświadczenia w chirurgii jamy brzusznej, są czasochłonne (średni czas procedury chirurgicznej wynosi 6-8 godzin) i obarczone powikłaniami związanymi nie tylko z zabiegiem operacyjnym ale także podaniem cytostatyku do jamy otrzewnej w podwyższonej temperaturze (41,5 st. C). Jednak wyniki leczenia chorych z przerzutami ograniczonymi do otrzewnej uzasadniają podjęcie ich wykonania, zaś skojarzenie procedury chirurgicznej z HIPEC a następnie z chemioterapią systemową pozwala na radykalną zmianę w rokowaniu u chorych, którzy dotychczas byli kwalifikowani jedynie do leczenia paliatywnego. Liczne badania nad efektywnością leczenia chorych z przerzutami do otrzewnej, w tym także w raku jelita grubego, wskazują, że przerzuty te powinny być traktowane raczej jako regionalne niż uogólnione.

Zastosowanie zabiegów cytoredukcyjnych w połączeniu z dootrzewnową chemioterapią w hipertermii prowadzi do poprawy wyników przeżywalności w wyselekcjonowanej grupie chorych w stosunku do samej chemioterapii systemowej [7, 8, 9]. Z kolei obecność przerzutów do otrzewnej w przypadku współistnienia przerzutów odległych o innej lokalizacji jest negatywnym czynnikiem rokowniczym, także w przypadku zastosowania chemioterapii systemowej [45, 46].

Chemioterapia systemowa nie jest leczeniem konkurencyjnym lecz powinna być rozważana jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego i HIPEC jako chemioterapia adjuwantowa [8], aczkolwiek opinie o jej skuteczności w leczeniu przerzutów do otrzewnej w skojarzeniu z CRS+HIPEC wymagają dalszych badań randomizowanych [31, 32].

Warunkiem uzyskania jak najlepszych wyników leczenia przerzutów do otrzewnej jest odpowiednia kwalifikacja chorych oraz możliwość wykonania zabiegu całkowitej cytoredukcji.

Maksymalne zaawansowanie pozwalające na uzyskanie zarówno makroskopowej doszczętności jak i pozytywnych wyników leczenia to 20 pkt. Wg skali PCI (Peritoneal Cancer Index).

Dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii (HIPEC) może być wykonana zarówno metodą otwartą jak i zamkniętą. Najczęściej stosowane leki przeciwnowotworowe używane w procedurze HIPEC to mitomycyna C (w dawce 40 mg/L lub 35 mg/m²) oraz oksaliplatyna (w dawce 460 mg/m²) [38].

LECZENIE SKOJARZONE NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO: POSTĘP CZY STAGNACJA?

Andrzej W. Szawłowski (Szpital MEDICOVER, Warszawa)

Nowotwory złośliwe układu pokarmowego (rak: przełyku, żołądka, trzustki, wątroby i jelita grubego) według danych Krajowego Rejestru Nowotworów stanowią w Polsce u mężczyzn 22,4% (nowotwory jelita grubego 12,2%), zaś u kobiet 17,6% (nowotwory jelita grubego 10,1%) zachorowań na wszystkie nowotwory. Natomiast umieralność z ich powodu u mężczyzn stanowi 29,0% (nowotwory jelita grubego 11,9%), zaś u kobiet 29,5% (nowotwory jelita grubego 12,1%) wszystkich złośliwych nowotworów. Wyższe odsetki umieralności w stosunku do odsetków zapadalności świadczą o mało skutecznym leczeniu.

Poczynając od lat 80-tych poprzedniego stulecia do chwili obecnej trendem w leczeniu nowotworów układu pokarmowego o zaawansowaniu loco – regionalnym (kliniczny stopień II / III według Klasyfikacji Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej – UICC) z intencją poprawy wyników leczenia jest skojarzone leczenie polegające na łączeniu chirurgii jako głównej terapeutycznej metody dla tych nowotworów z chemio – i / lub radioterapią w różnych sekwencjach: leczenie przedoperacyjne (neo – adiuwantowe), leczenie pooperacyjne (adiuwantowe).

Każdy z nowotworów układu pokarmowego ma inną biologię (inwazyjność) co ma zasadniczy wpływ na możliwości i skuteczność leczenia (z tej grupy najlepiej rokuje rak jelita grubego, najgorzej zaś rak trzustki).

Aktualne przeżycia 5-letnie w Polsce (opublikowane w 2014 r.) przedstawiają się następująco: rak jelita grubego – mężczyźni: 47,6%, kobiety: 49,1% ; rak żołądka – mężczyźni: 16,4%, kobiety: 19,8% ; rak trzustki – mężczyźni: 8,5%, kobiety: 9,1% ; pierwotny rak wątroby – mężczyźni: 8,8%, kobiety: 13,2% ; rak przełyku – mężczyźni: 7,1%, kobiety: 12,8%.

W oparciu o te dane widać, że największy postęp w skojarzonym leczeniu obserwuje się w przypadku raka jelita grubego, choć na poprawę ogólnych wyników leczenia ma niewątpliwie wdrożenie programu wczesnej diagnostyki w oparciu o przesiewowe badanie przy pomocy kolonoskopii w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w Polsce. W pozostałych nowotworach uzyskuje się głównie poprawę w odsetkach odpowiedzi na skojarzone leczenie, ale odpowiedź na leczenie nie jest równoznaczna z poprawą przeżycia (może to być efekt chwilowy).

Wniosek: Współczesne możliwości skojarzonego leczenia stosowane w Polsce w przypadku złośliwych nowotworów układu pokarmowego o zaawansowaniu loco – regionalnym, gdzie leczenie stosuje się zawsze z intencją wyleczenia, nie wpłynęły znacząco na poprawę wyników określanych 5 – letnim przeżyciem, poza złośliwymi nowotworami jelita grubego. Tak więc w tych pozostałych rozpoznaniach ostateczna odpowiedź na pytanie postawione w tytule oznacza stagnację.

WSPÓŁCZESNA ANTYBIOTYKOTERAPIA W ZAKAŻENIACH CHIRURGICZNYCH U CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK

Małgorzata Bulanda (Katedra Mikrobiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków;
Kierownik Katedry: prof. dr hab. med. Małgorzata Bulanda)

Zarówno zakażenia chirurgiczne pierwotne jak i wtórne powikłania infekcyjne, ze względu na przebieg często zagrażający życiu, muszą być poddane szybkiej terapii, najczęściej empirycznej lekami przeciwdrobnoustrojowymi. Obecnie dodatkową trudnością w doborze prawidłowej terapii jest fakt, iż czynnikami etiologicznymi tych zakażeń, zarówno bakteryjnymi jak i grzybiczymi, są szczepy oporne czy wręcz wielolekooporne.

Dobór opcji terapeutycznej o należytej skuteczności klinicznej w tych okolicznościach, pogłębia problem zastosowania tych leków u chorych z niewydolnością nerek. Wielu pacjentów poddawanych zabiegowi chirurgicznemu może mieć ograniczenie czynności nerek lub niewydolność nerek. Krańcowe przypadki to pacjenci poddawani ciągłej terapii nerkozastępczej. Najistotniejszy problem związany jest z doбором odpowiedniej dawki leków przeciwdrobnoustrojowych. Istnieje opracowana lista leków niewymagających zmiany dawkowania u chorych z niewydolnością nerek. Tym niemniej dla dość licznych leków, zwłaszcza z grupy leków wywołujących efekt nefrotoksyczny konieczna jest zmiana dawkowania oparta na szacowanym klirensie kreatyniny (KK), który obrazuje współczynnik filtracji kłębuszkowej. Dodatkowym parametrem jest waga ciała pacjenta i wtedy sugerowane metody obliczania szacowanego KK u pacjentów otyłych i nieotyłych są różne.

Odpowiednia aplikacja terapii przeciwdrobnoustrojowej jest bardzo ważna ze względu na cechy szczególne procesu eliminacji i farmakokinetyki w przypadku terapii nerkozastępczej. Ważnymi wskaźnikami dawkowania leków są: sytuacja kliniczna, szczególnie pacjentów z intensywnego nadzoru, zaburzenia czynności wątroby, wiek, i masa ciała.

Istnieje szereg propozycji dawkowania leków u pacjentów wykazujących różny stopień ograniczenia czynności nerek i poddawanych różnym metodom dializowania.

PRZETOKI ODBYTU: NADAL TRUDNY PROBLEM KLINICZNY

Małgorzata Kołodziejczak (Warszawski Ośrodek Proktologii, Szpital św Elżbiety w Warszawie ul.Goszczyńskiego1)

Wstęp-ogólny zarys problemu

Pomimo postępu w diagnostyce i technikach operacyjnych w proktologii, leczenie przetok, szczególnie wysokich i rozgałęzionych nadal stanowi problem kliniczny z powodu dużego odsetka powikłań w postaci nawrotowości oraz objawów pooperacyjnej inkontynencji. Aby zminimalizować ryzyko powikłań, chirurg powinien przed operacją : ocenić całe jelito grube (czy na pewno przyczyna odkryptowa??), ocenić kontynencję u pacjenta, wykonać badania obrazowe (ultrasonografię transrektalną lub rezonans magnetyczny), zaś w trakcie operacji: zidentyfikować otwór wewnętrzny, ocenić przebieg głównego kanału przetoki względem mięśnia zwieracza zewnętrznego i łonowo-odbytniczego ,w zależności od wysokości przetoki i stanu kontynencji pacjenta wybrać odpowiednią metodę operacyjną, odnaleźć i wyciąć lub otworzyć odgałęzienia. Istotna jest też edukacja pacjenta w zakresie wykonywania opatrunków i kontrole po operacji.

Główne tezy wykładu

W wykładzie omówione zostaną następujące zagadnienia dotyczące leczenia przetok: współczesna diagnostyka przedoperacyjna (wraz ze schematem opisu przetok w MR i ultrasonografii wg Szpitala św Elżbiety), fistulotomia czy fistulektomia?, kiedy fistulotomia /fistulektomia z rekonstrukcją zwieraczy, kiedy stosować seton tnący, kiedy luźny, jeżeli LIFT, to jaki, jakie warunki musi spełniać przetoka, żeby zastosować laser oraz specyfika leczenia przetok Leśniowskiego-Crohna Podsumowanie

O skuteczności leczenia pacjenta z przetoką odbytu decyduje dokładna diagnostyka przedoperacyjna, maksymalne ograniczenie infekcji przed zabiegiem (często wykonanie drenażu luźnym setonem przed właściwą procedurą) ,wybór odpowiedniej metody operacyjnej oraz opieka nad pacjentem po zabiegu.

Słowa kluczowe: przetoka odbytu, inkontynencja, ultrasonografia transrektalna, LIFT

OPERACJE NAPRAWCZE W WYPADANIU ODBYTNICY

Jacek Dadan

Wypadanie odbytnicy zarówno pełnościenne obejmujące wszystkie warstwy odbytnicy, niepełnościenne dotyczące wyłącznie błony śluzowej jak również wewnętrzne określane wgłobieniem odbytniczo-odbytowym jest schorzeniem trudnym diagnostycznie, którego częstość występowania nie jest dokładnie znana. Wśród czynników predysponujących do wystąpienia wypadania odbytnicy niewątpliwie istotną rolę odgrywają przewlekłe zaparcia, przebyte cięższe, wcześniejsze zabiegi operacyjne (głównie ginekologiczne), choroby neurologiczne czy otępienie starcze. Jedyną skuteczną metodą leczenia wypadania odbytnicy jest zabieg chirurgiczny przywracający prawidłową funkcję dna miednicy jak również korygujący nieprawidłowości anatomiczne (zbyt długa esica). Operacje naprawcze mogą być wykonywane z dostępu

brzusznego preferowane u chorych nieobciążonych oraz dostępu kroczonego. Istotą zabiegów z dostępu brzuszno-go może być fiksacja odbytnicy (rektopleksja) z możliwością użycia siatki, resekcja fragmentu jelita grubego bądź połączenie obu tych metod. Wśród operacji z dostępu kroczonego najbardziej znane są : operacja Altemeiera oraz zabieg Delorme'a. Decyzja o proponowanej metodzie leczenia operacyjnego poza stopniem zaawansowania wypadania odbytnicy powinna uwzględniać również stan ogólny chorego, stan anatomicznego i czynnościowego mięśni zwieraczy odbytu a także dolegliwości zgłaszane przez chorego (zaparcia). Na ostateczną decyzję w tym przeprowadzenie zabiegu metodą laparoskopową mają bez wątpienia również wpływ umiejętności i doświadczenie chirurga.

WSÓŁPRACA CZŁONKÓW ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO W OPARCIU O PROTOKÓŁ ERAS

Maria Wójcik

Protokół ERAS (enhanced recovery after surgery) – współczesna kompleksowa formuła opieki okołoperacyjnej dla poprawy wyników leczenia.

W latach 90. ubiegłego stulecia duński profesor chirurgii Henrik Kehlet zaobserwował, że największy wpływ na wydłużenie hospitalizacji mają: niewłaściwe leczenie przeciwbólowe i związane z tym przedłużone unieruchomienie chorych, nadmierna podaż dożylna płynów opóźniająca powrót perystaltyki oraz późne rozpoczynanie podawania diety doustnej.

Badania wykazały że operacja wpływa niekorzystnie na homeostazę, a odpowiednie postępowanie okołoperacyjne może w istotny sposób zmniejszyć liczbę powikłań i śmiertelność okołoperacyjną.

ERAS to algorytm postępowania z chorym po zabiegu operacyjnym który obejmuje kilkanaście elementów mające na celu jak najszybszy powrót pacjenta do zdrowia i pełnej aktywności.

To praca lekarzy chirurgów, anestezjologów, pielęgniarek oraz pozostałych członków zespołu terapeutycznego oraz pacjenta wraz ze swoimi bliskimi.

Składowe ERAS

- Przygotowanie przedoperacyjne
- Brak przygotowania jelita

- Napój węglowodanowy przed operacją
- Brak premedykacji
- Rezygnacja z rutynowego stosowania zgłębników nosowo-żołądkowych
- Znieczulenie zewnątrzoponowe
- Krótko działające leki znieczulające
- Zbilansowana podaż płynów i sodu
- Laparoscopia i cięcia poprzeczne
- Rezygnacja z rutynowego stosowania drenów
- Zapobieganie hipotermii
- Wczesna rehabilitacja ruchowa
- Nieopiodowe leki przeciwbólowe
- Profilaktyka pooperacyjnych nudności i wymiotów
- Wczesne usuwanie cewnika
- Wczesne żywienie doustne
- Ocena realizacji programu

Ważnym elementem w prowadzeniu protokołu ERAS jest stała ocena stopnia jego realizacji wśród pacjentów. Tylko w przypadku pełnej realizacji możemy oczekiwać korzystnych wyników.

Wybiórcze stosowanie niektórych elementów protokołu nie tylko nie poprawia wyników leczenia, ale może również prowadzić do zwiększenia odsetka powikłań.

NOWOCZESNE ASPEKTY OPIEKI NAD PACJENTEM ZE STOMIĄ

Maria Kózka (Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum)

Wstęp

W Polsce żyje około 50 tysięcy osób ze stomią, w tym 72 % z kolostomią, 13 % ileostomią i 15 % urostomią. Pomimo wieloletnich działań pracowników ochrony zdrowia, grup samopomocowych (Pol-Ilko), firm zajmujących się doskonaleniem sprzętu do pielęgnacji stomii, opieka nad pacjentem ze stomią w Polsce jest nadal niezadowolająca. Wynika ona z braku zintegrowanych działań w systemie opieki szpitalnej i środowiskowej nad pacjentem ze stomią. Znaczącą rolę w poprawie opieki nad chorym ze stomią może odegrać pielęgniarka, która nie tylko zapewnia choremu opiekę, ale również doradza, wspiera i uczy, jak uzyskać niezależność. Poprawa jakości opieki na chorym ze stomią wymaga podejścia indywidualnego, kompleksowego i interdyscyplinarnego oraz zastosowania w opiece koncepcji Evidence Based Nursing Practice (EBNP). Koncepcja EBNP zakłada, że w podejmowaniu decyzji w opiece nad pacjentem pielęgniarka wykorzysta własne doświadczenia, preferencje pacjenta oraz wyniki aktualnych i wiarygodnych badań. Badania wykazały, że praktyka oparta na dowodach zapewnia optymalny poziom opieki nad pacjentem, w tym jakość i satysfakcję, zmniejsza jej koszty i poprawia wyniki leczenia.

Celem pracy

jest przedstawienie rekomendacji opracowanych na podstawie aktualnych i wiarygodnych dowodów naukowych w zapewnieniu pacjentowi ze stomią nowoczesnej opieki.

Metodyka

W pracy wykorzystano analizę publikacji naukowych podejmujących problematykę opieki nad pacjentem ze stomią w aspekcie klinicznym, pielęgniarstwie i psychospołecznym. W wyszukiwaniu publikacji skoncentrowano się na dwóch kluczowych obszarach. Jednym z nich było wyszukiwanie stron internetowych w celu określenia wskazówek dotyczących najlepszych praktyk opublikowanych na temat opieki i zarządzania stomią, a drugi był przegląd literatury w celu zidentyfikowania podstawowych badań ilościowych i jakościowych, w tym metaanalizy i systematycznych przeglądów w latach 1998-2016.

Wyniki

Opracowano 19 rekomendacji podzielonych na części: ogólną (4), okres przedoperacyjny (4), okres pooperacyjny (11), w tym pobyt w szpitalu (4) i pobytu w domu (5). Przy każdej rekomendacji wskazano poziom dowodów od I–IV przyjmując klasyfikację Amerykańskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek.

Wnioski

Opracowane rekomendacje mogą być wykorzystane w bezpośredniej opiece nad pacjentem ze stomią, w zarządzaniu opieką i w edukacji. Wdrożenie ich do praktyki wymaga zmiany sposobu myślenia zarówno osób zapewniających opiekę jak i zarządzających.

Słowa kluczowe: pacjent, stomia, opieka pielęgniarstwa, praktyka oparta na dowodach, rekomendacje.

POBIERANIE I PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW W POLSCE – WSKAŹNIKI I TRENDY

Irena Milaniak (Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu)

Przeszczepy narządów i tkanek ratują życie tysiącom ludzi na świecie. Nieprzerwanie jednak wzrasta liczba pacjentów, którzy wyczerpali wszelkie dostępne formy kuracji farmakologicznych i chirurgicznych, dla których przeszczepienie narządu stanowi jedyną szansę na normalne funkcjonowanie, a czasem życie. Niestety liczba odpowiednich narządów do transplantacji nie pozwala na zapewnienie pomocy wszystkim pacjentom w potrzebie - dawców wciąż jest za mało.

W 2016 r. do Centrum Organizacyjno – Koordynacyjnego Do Spraw Transplantacji „POLTRANSPLANT” zgłoszono 677 potencjalnych dawców narządów. Wskaźnik liczby dawców na milion mieszkańców wyniósł 14,1. W Polsce w 2016 r. przeszczep otrzymało 1432 biorców narządów.

Liczba zgłaszanych dawców utrzymuje się w trendach malejących, co skutkuje wzrostem liczby osób oczekujących na przeszczepienie. W Polsce na liście oczekujących na przeszczep jest obecnie około 1700 osób. Blisko 1000 pacjentów rocznie oczekuje na przeszczepienie nerki, ponad 350 na przeszczep serca, blisko 200 na przeszczep wątroby, a prawie 30 na przeszczep trzustki. Każdego roku umiera około 50 osób z listy oczekujących, które można byłoby uratować, gdyby był dla nich dostępny narząd do przeszczepienia. Niedobór narządów do transplantacji sprawia, że miesięcznie przeprowadza się zaledwie około 100 tego rodzaju operacji. Dlatego tak ważne jest budowanie świadomości społecznej na temat donacji narządów oraz upowszechnianie wiedzy w zakresie zasad i przepisów dotyczących przeszczepiania. Zwiększenie świadomości i akceptacji społecznej dla donacji narządów przyczynia się do wielokrotnienia liczby wykonywanych w Polsce transplantacji.

Obserwuje się zwiększenie liczby żywych dawców narządów oraz liczby przeszczepionych rogówek.

Ważnym osiągnięciem w ostatnich latach są złożone przeszczepy wielotkankowe twarzy i kończyny górnej.

Konieczne jest zwiększenie aktywności szpitali zgłaszających potencjalnych dawców narządów i tkanek.

POSTĘPOWANIE LECZNICZO-PIELĘGNACYJNE U PACJENTÓW Z RANAMI PRZEWLEKŁYMI

Katarzyna Cierzniakowska (Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)

Słowa kluczowe: rana przewlekła, postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne

Pod względem etiologii, do najczęściej występujących ran przewlekłych należą owrzodzenia żyłne goleni. Pozostałe kategorie tworzą owrzodzenia: niedokrwienne, w przebiegu cukrzycy, odleżynowe, nowotworowe, na tle immunologicznym, pourazowe, czy rany o etiologii chirurgicznej. Niekiedy rana przewlekła powstaje w wyniku współistnienia wielu czynników sprawczych.

Obecne strategie postępowania z ranami przewlekłymi zakładają:

- przeprowadzenie wnikliwej diagnostyki w zakresie stalenia przyczyn powstania rany i określenia statusu rany
- rozpoznanie i leczenie chorób przyczyniających się do powstania rany lub opóźniających proces jej gojenia
- kontrolę mikrobiologiczną rany
- oczyszczanie i zaopatrywanie rany zgodnie z koncepcją terapii ran w środowisku wilgotnym, zapoczątkowaną przez Georga Wintera
- wykorzystanie uznanych metod przyspieszających gojenie ran, takich jak terapia w komorze hiperbarycznej u chorych z zespołem stopy cukrzycowej, czy terapia podciśnieniowa
- efektywne leczenie bólu
- ocenę stanu odżywienia chorego i wdrożenie optymalnego planu żywieniowego
- działania z zakresu fizjoterapii
- ocenę kondycji psychofizycznej chorego
- edukację chorego i jego opiekunów.

W odniesieniu do trudnego i długotrwałego procesu gojenia ran przewlekłych, faktem jest, że w opiece nad chorym niezbędne jest holistyczne i wielodyscyplinarne podejście specjalistycznego zespołu terapeutycznego. Na czas gojenia i jego skuteczność może mieć również wpływ sytuacja ekonomiczna chorego, gdyż refundacja opatrunków specjalistycznych jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb i nie rzadko chory ponosi znaczną część kosztów leczenia.

Rekomendacje do podejmowania odpowiednich działań diagnostycznych, leczniczo-pielęgnacyjnych i profilaktycznych u chorych z ranami przewlekłymi o różnorodnej etiologii zostały przygotowane i udostępnione w formie publikacji przez Polskie i Europejskie Towarzystwa Leczenia Ran. Niekiedy złożoność problemów klinicznych chorego i różne czynniki zewnętrzne wpływają na indywidualny dobór metod leczenia ran przewlekłych i podejmowanie nietypowych rozwiązań, o czym świadczą doniesienia w postaci opisów przypadków.

KRWAWIENIA Z NACZYŃ KRYTYCZNYCH – TAKTYKA POSTĘPOWANIA

Józef Kładny

Krwawienia z naczyń krytycznych w trakcie operacji onkologicznej jest bardzo poważnym śródoperacyjnym powikłaniem wymagającym od chirurga opanowania, zachowania „zimnej krwi”, ale także bardzo dużego osobistego doświadczenia i biegłości w technikach chirurgii naczyniowej.

Oprócz tego bowiem, że krwotok z uszkodzonego naczynia musi być zatrzymany pozostaje jeszcze konieczność przywrócenia przez nie adekwatnego, wystarczającego przepływu krwi. Podobnie jak w całej chirurgii obowiązuje tu zasada minimalizowania strat i wybierania najprostszych rozwiązań. Zatrzymanie krwawienia w sposób niepowiększający urazu ściany naczynia i następne proste zaopatrzenie (zeszycie) uszkodzenia to najlepszy z możliwych scenariuszy. Niemniej jednak gdy uszkodzenie jest zbyt duże i takie postępowanie niewystarczające, konieczne staje się wtedy zastosowanie innych, bardziej skomplikowanych i wymagających dużego doświadczenia technik naczyniowych, takich jak np. wycięcie uszkodzonego fragmentu naczynia, mobilizacja końców z następnym zespoleniem lub wytworzenie pomostu naczyniowego z żyły własnej albo z protezy naczyniowej. Takie zabiegi wykonywane na naczyniach krytycznych jamy brzusznej nawet w sposób planowy są obarczone dużą ilością powikłań i wymagają wielkiej biegłości chirurga. Ich stopień trudności, co jest oczywiste rośnie gdy muszą być wykonane „na ostro” po niekontrolowanym, śródoperacyjnym uszkodzeniu naczynia. Wyniki naprawy w tych przypadkach często bywają niezadawalające.

Wydaje się więc, że najważniejsza jest prewencja i zapobieganie nagłym, nieprzewidzianym, śródoperacyjnym uszkodzeniom naczyń krytycznych. Polega ona na dokładnym przestrzeganiu zasad techniki operacyjnej, dokładnej znajomości anatomii oraz na obecności w zespole operującym chirurga z dużym doświadczeniem zarówno w chirurgii onkologicznej jak i naczyniowej. Przed podjęciem zabiegów resekcyjnych guzów położonych w okolicy naczyń krytycznych bezwzględnie obowiązuje wykonanie badania angio-TK oceniającego ew. nacieki guza na te naczynia, ich przebieg względem zmiany i obecność anomalii naczyniowych. Pozwoli to odpowiednio przygotować się do zabiegu, a także skompletować odpowiedni zespół operujący.

NIEBEZPIECZNA ANATOMIA I: JAK WIEDZA O ZMIENNOŚCI ANATOMICZNEJ NACZYŃ KRWIONOŚNYCH POZWALA UNIKAĆ POWIKŁAŃ

Joanna Pilch-Kowalczyk

Badaniem pozwalającym na szczegółową ocenę warunków anatomicznych w potencjalnym polu operacyjnym, w tym naczyń krwionośnych, jest wielorzędowa tomografia komputerowa wykonywana przed i po dożylnym podaniu kontrastu, wielofazowo. Dla pełnej oceny morfologii guza oraz jego relacji do naczyń tętniczych i żylnych, co jest niezbędne dla zaplanowania zabiegu operacyjnego, badanie po wzmocnieniu kontrastowym należy wykonać w fazie tętniczej, mięśzowej i wrotnej. Dla oceny struktur naczyniowych, zarówno dla potwierdzenia typowego układu naczyń tętniczych i żylnych jak i dla stwierdzenia odmienności anatomicznych konieczne jest wykonanie rekonstrukcji wielopłaszczyznowych i 3D. Warunki uzyskania satysfakcjonujących rekonstrukcji i szczegółowego opisu naczyń krwionośnych to:

1. Warunki techniczne:

- Konieczne wykonanie badania wielofazowo, w fazie tętniczej, mięśzowej i wrotnej;
- grubość warstw badania 1-2mm
- ilość kontrastu 1,2-1,5 ml/kg cc, przepływ 3,5-4 ml/sek

2. Właściwe sformułowanie pytania w skierowaniu, które powinno jednoznacznie stawiać zapytanie o konkretne naczynia (ocena resekcyjności względem naczyń tętniczych i żylnych) oraz wymagać potwierdzenia typowego układu rozgałęzień lub szczegółowego opisu odmienności anatomicznych.

Aby uzyskać jak najbardziej przydatne rekonstrukcje i pełną informację o potencjalnych „niespodziankach” w polu operacyjnym istotne jest omawianie badań obrazowych w zespole chirurgiczno-radiologicznym. Tylko pełna wiedza dotycząca potrzeb wizualizacji struktur naczyniowych dla operatora pozwoli radiologowi przygotować przydatne dla zespołu chirurgicznego rekonstrukcje.

NIEBEZPIECZNA ANATOMIA II: CHIRURGIA RAKA PIERSI

Arkadiusz Jeziorski

Największe pułapki chirurgiczne można napotkać w trakcie limfadenektomii pachowej, która wykonywana jest w przypadku wykrycia przerzutów nowotworów litych do węzłów pachowych, przy braku cech uogólnienia choroby (zaawansowanie regionalne). Przez jamę pachową przebiega powrót naczyniowo-nerwowy złożony z tętnicy i żyły pachowej, dróg chłonnych oraz pni nerwowych splotu ramiennego. Tętnica pachowa położona jest do tyłu i bocznie od żyły pachowej i otoczona jest przez splot ramienny. Żyła pachowa jest naczyniem o większej średnicy niż tętnica pachowa. Przeważnie jest naczyniem pojedynczym, jednak może również występować w postaci podwójnej, potrójnej lub jako splot naczyń. Zakres spływu żylnego przekracza zakres unaczynienia tętniczego, gdyż poprzez żyłę pachową boczną do żyły pachowej dochodzą żyły piersiowo-nabrzusze odbierając krew z bocznej ściany tułowia. W jamie pachowej położona jest część podobojczykowa splotu ramiennego, utworzonego z pęczka tylnego, bocznego i przyśrodkowego. Pęczki te oplatają tętnicę pachową. U podstawy jamy pachowej pęczki dzielą się na długie gałęzie nerwowe unerwiające część wolną kończyny górnej. Ponadto od splotu ramiennego odchodzą liczne gałęzie krótkie zaopatrujące mięśnie przyczepiające się do obręczy barkowej. Szczególnie narażony na uszkodzenie w trakcie wykonywania limfadenektomii pachowej jest nerw piersiowy długi, nerwy piersiowe przednie: przyśrodkowy i boczny oraz nerw piersiowo-grzbietowy. Ze względu na pełnione funkcje, w przypadku, gdy nerwy te nie są one objęte procesem nowotworowym należy je oszczędzić.

Nerw piersiowy długi odchodzi od części nadobojczykowej splotu ramiennego. Uszkodzenie nerwu piersiowego długiego i porażenie mięśnia zębatego przedniego powoduje odstawanie łopatki od ściany klatki piersiowej (tzw. łopatka „skrzydlata”). Nerwy piersiowe przednie, przyśrodkowy i boczny, są gałęziami krótkimi części podobojczykowej splotu ramiennego. W przypadku uszkodzenia nerwów piersiowych dochodzi do zaniku mięśni piersiowych, zmieniając zarys przedni klatki piersiowej. Stwierdza się również osłabienie ruchu przywodzenia ramienia. Nerw piersiowo-grzbietowy odchodzi od części podobojczykowej splotu ramiennego i unerwia mięsień najszerszy grzbietu. Uszkodzenie nerwu powoduje osłabienie ruchu przywodzenia, prostowania i rotacji wewnętrznej ramienia. Oprócz nerwów ruchowych splotu ramiennego przez jamę pachową przebiegają gałęzie czuciowe nerwów międzyżebrowych. Na uwagę zasługują nerwy międzyżebrowo-ramienne, stanowiące gałęzie skórne boczne drugiego i często trzeciego nerwu międzyżebrowego. Porażenie nerwów międzyżebrowo-ramiennych powoduje zaburzenie czucia przyśrodkowej i częściowo tylnej powierzchni ramienia.

NIEBEZPIECZNA ANATOMIA III: CHIRURGIA RAKA JELITA GRUBEGO

Marek Bębenek

Operacje raka odbytnicy są trudne i nawet jeśli wynik onkologiczny jest dobry, często jakość życia chorych jest zła, na skutek zaburzeń funkcji pęcherza moczowego i seksualnych.

Unerwienie miednicy małej przedstawia się następująco:

I. Część współczulna:

Nerwy podbrzuszne odchodzące od splotu podbrzusznego górnego dochodzą do splotu podbrzusznego dolnego (miednicznego)

II. Część przywspółczulna:

Nerwy rdzeniowe S2 – S4 jako nerwy trzewne miedniczne dochodzą do splotu podbrzusznego dolnego (miednicznego)

Głównym splotem autonomicznym miednicy jest splot podbrzuszny dolny.

Uszkodzenie tych nerwów (dotyczy 40% operowanych) powoduje:

- nietrzymanie moczu
- moczenia nocne
- częste oddawanie moczu
- trudności w oddaniu moczu
- zaburzenia funkcji seksualnych (brak erekcji i ejakulacji, ejakulację wsteczną, suchość pochwy, dyspareunię.

30-40% aktywnych seksualnie przed operacją stają się po operacji nieaktywni.

Przyczyny zaburzeń układu moczowego i funkcji seksualnych po operacjach raka odbytnicy:

- zniszczenie splotu podbrzusznego górnego
- podwiązanie lub przecięcie splotu podbrzusznego dolnego

Miejsca w których najczęściej dochodzi do uszkodzenia pni nerwowych to:

- okolica ujścia t. kręzkowej dolnej oraz powierzchnia kręzki odbytnicy od tyłu przy promontorium i po bokach (przecięcie współczulnego pnia lub gałęzi n. podbrzusznym)

Niska resekcja odbytnicy od przodu – uszkodzenie parasympatycznych nerwów jamistych – brak erekcji.

Wnioski:

- Uszkodzenia nerwów miednicznych są głównymi przyczynami dysfunkcji narządów miednicy małej po operacji raka odbytnicy
- Identyfikacja nerwów miednicznych podczas operacji ma podstawowe znaczenia dla zachowania prawidłowych funkcji pęcherza moczowego i seksualnych
- Dysfunkcja narządów miednicy małej po nieprawidłowej technice operacyjnej obniża QL chorych (na poziomie fizycznym, funkcjonalnym i psychicznym)

CHIRURGIA JAMY BRZUSZNEJ A PROTOKÓŁ ERAS

Michał Pędziwiatr

Celem wykładu będzie przedstawienie korzyści oraz kontrowersji jakie powstały wokół nowoczesnej opieki okołoperacyjnej w oparciu o protokół ERAS (ang. Enhanced Recovery After Surgery - ERAS). Koncepcja ERAS narodziła się w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia. Jej pionierem był duński profesor chirurgii Henrik Kehlet. Zwrócił on uwagę na niektóre elementy opieki okołoperacyjnej, które zmniejszając stres pooperacyjny, bezpośrednio przyspieszają proces rekonwalescencji. W oparciu o wyniki wiarygodnych badań naukowych opracowano schemat postępowania, który w zasadniczy sposób różnił się od ogólnie przyjętych dogmatów postępowania okołoperacyjnego. Początkowo protokół ERAS stosowano w operacjach kolorektalnych. Jednak szybko okazało się, że może on być z powodzeniem stosowany praktycznie we wszystkich typach rozległych zabiegów operacyjnych, które wiążą się z rozległym urazem

i stresem pooperacyjnym. ERAS to kilkanaście interwencji przed-, śród- i pooperacyjnych zmieniających w istotny sposób postępowanie okołoperacyjne. Chociaż ERAS w wielu kwestiach obala panujące od lat dogmaty chirurgiczne (opierając się na dowodach naukowych), wprowadzenie nowych elementów do opieki okołoperacyjnej pozwala na zmniejszenie odsetka powikłań, przyspieszenie rekonwalescencji i tym samym skrócenie pobytu w szpitalu. Co więcej, istnieją przesłanki potwierdzające, że ERAS ma korzystny wpływ na wyniki odległe u chorych operowanych ze wskazań onkologicznych. Z tego powodu coraz więcej oddziałów decyduje się na wprowadzenie go do codziennej praktyki. Wciąż jednak toczy się ożywiona dyskusja, które elementy protokołu mają szczególne znaczenie w okresie okołoperacyjnym oraz jak osiągnąć wysoki stopień realizacji protokołu.

KOMPLEKSOWE POSTĘPOWANIE PRZECIWBÓŁOWE W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM

Jerzy Wordliczek (Klinika Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum)

Ból w okresie okołoperacyjnym jest wywołany przez śródoperacyjne uszkodzenie tkanek/narządów, a jego natężenie i zasięg są z reguły proporcjonalne do rozległości zabiegu operacyjnego. W istotny sposób na stopień odczuwania bólu przez chorego wpływa zarówno lokalizacja zabiegu, jego rozległość, stopień traumatyzacji tkanek, kierunek cięcia skórniego, jak i stosowanie w okresie okołoperacyjnym określonych technik analgezji. Skuteczne uśmierzanie bólu okołoperacyjnego jest kluczowym elementem opieki nad chorym w okresie okołoperacyjnym: eliminuje niepotrzebne cierpienie i dyskomfort chorych, zmniejsza ryzyko powikłań, skraca okres hospitalizacji i obniża koszty leczenia. Optymalnym sposobem terapii bólu w okresie okołoperacyjnym jest multimodalna strategia postępowania, która w praktyce sprowadza się do łączenia ze sobą technik znieczulenia przewodowego i analgezji systemowej z zastosowaniem leków o odmiennych mechanizmach działania, zarówno analgetyków, jak i leków adjuwantowych, oddziałujących na różne etapy procesu nocycepcji. Analizując zasadność stosowania poszczególnych technik analgezji regionalnej, należy pod-

kreślić, że analgezja zewnątrzoponowa jest bardzo skuteczną metodą uśmierzania ostrego bólu pooperacyjnego, jednak obawy przed jej potencjalnymi następstwami neurologicznymi powikłań tej inwazyjnej techniki, są w ostatnich latach przedmiotem dyskusji co do jej aktualnego miejsca w leczeniu ostrego bólu pooperacyjnego. Natomiast mniej inwazyjne, ale równie skuteczne techniki analgezji regionalnej takie jak przykładowo: ciągła blokada przykręgową w przypadku torakotomii i mastektomii, czy też blokady przedniej ściany jamy brzusznej (RS-block, TAP-block, QL-block) w przypadku laparotomii, są godną rozważenia alternatywą. Zwłaszcza znieczulenie nasiękowe rany operacyjnej jest prostym, a niezwykle skutecznym i bezpiecznym sposobem postępowania. Może być wykonywane jako pojedyncza interwencja lub techniką ciągłą poprzez zaimplantowany do rany operacyjnej cewnik, co pozwala na redukcję dawek leków przeciwbólowych, a przede wszystkim znacząco poprawia jakość analgezji.

PRZEWLEKŁE LECZENIE PRZECIWZAKRZEPOWE A PLANOWE I DORAŻNE ZABIEGI CHIRURGICZNE

Anetta Undas

Zabiegi chirurgiczne wymagają przerwania leczenia przeciwzakrzepowego w większości chorych przewlekłe przyjmujących antykoagulanty lub leki przeciwplatekcyjne z wyjątkiem tych stosujących małe dawki kwasu acetylosalicylowego w prewencji wtórnej udaru mózgu lub zawału serca. Decyzja czy i jak przerywać leczenie przeciwzakrzepowe zależy od indywidualnej oceny ryzyka zakrzepowo-zatorowego oraz krwawienia.

Należy unikać planowych zabiegów u chorych stosujących podwójną terapię przeciwplatekową po zwale serca w pierwszych 6 miesiącach od leczenia inwazyjnego. Operacja konieczna do przeprowadzenia w pierwszych 4-6 tygodniach od implantacji stentu do tętnicy zwłaszcza w zawale serca wymaga zastosowania inhibitora glikoproteiny IIb/IIIa dożylnie po odstawieniu leków doustnych. Kłopidogrel należy odstawić na 5 dni, prasugrel na 7 dni a tikagrelor minimum 3 dni przed operacją.

W ostatnich latach spada odsetek chorych, u których stosuje się antykoagulację pomostową w pełnej dawce heparyny. Chorzy stosujący warfarynę lub acenokumarol wymagają odstawienia leku na 5 lub 3, odpowiednio, przed zabiegiem i włączenia antykoagulacji pomostowej za pomocą heparyny drobnocząsteczkowej lub heparyny niefrakcjonowanej po 24 h od ostatniej tabletki. Stosowanie terapeutycznych dawek heparyn obecnie zaleca się niewielkiemu odsetkowi chorych tj. osobom po wszczepieniu zastawki sztucznej w ujście mitralne, z migotaniem przedsionków po niedokrwieniu mózgu przeżytym w ostatnich 3 miesiącach lub po zatorze płucnym w ostatnich 3 miesiącach, a wtedy ostatnią dawkę heparyny

drobnocząsteczkowej podaje się na 24 h przed zabiegiem, aby zminimalizować reszkowy efekt antykoagulacyjny takiej heparyny, istotny zwłaszcza w podeszłym wieku i przy upośledzonej czynności nerek. Wykazano bowiem, że stosowanie terapeutycznej antykoagulacji pomostowej u większości chorych z migotaniem przedsionków zwiększa około 3 razy częstość poważnych krwawień (do 6%) jak i drobnych (do 20%) przy podobnym, jak w grupie placebo, ryzyko incydentów niedokrwienia mózgu (0,5-1%). Dawki heparyny tzw. pośrednie, tj. połowa dawki terapeutycznej, mogą być bezpieczniejszą opcją alternatywną dla pacjentów zwłaszcza z migotaniem przedsionków z umiarkowanym ryzykiem udaru.

U chorych leczonych NOAC nie stosuje się antykoagulacji pomostowej, ponieważ wystarczy przerwać podawanie tych leków na 48 h; jedynie u leczonych dabigatranem przy klirensie kreatyniny 30-50 ml/min czas przerwy podawaniu leku powinien wynieść 4 dni. Drobne zabiegi, np. usunięcie zmiany skórnej, można wykonać po 24-36 h od ostatniej dawki NOAC.

Po zabiegach można włączyć heparynę, jeśli hemostaza miejscowa budzi zastrzeżenia z powrotem do antykoagulacji po kilku dniach od dużej operacji. W postępowaniu pooperacyjnym należy unikać leków hamujących agregację płytek w tym przeciwbólowych inhibitorów cyklooksygenazy-1. Okres po operacji zwłaszcza następny miesiąc to okres zwiększonego ryzyka zakrzepowo-zatorowego po zakłóceniu antykoagulacji w czasie zabiegu, zatem wymaga nadzoru internistycznego i dobrej komunikacji chirurga i lekarza prowadzącego leczenie przeciwzakrzepowe.

SYMULACJA WYSOKIEJ WIERNOŚCI DLA PROCEDUR TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE

T. Sanak (U J Collegium Medicum, Kraków/ WIM, Warszawa)

Realizacja procedur taktyczno bojowej opieki nad poszkodowanym – TC3 (ang. tactical combat casualty care) zależne jest od sytuacji taktycznej a nie stanu klinicznego pacjenta. Najbardziej pożądanym rodzajem umiejętności ratunkowych w środowisku pola walki jest umiejętność wypracowana na zasadzie zdolności sensomotorycznej w oparciu o powtarzalność procesu z utrzymaniem determinanty łagodnego stresu (niewygodna pozycja, zamknięte oczy, towarzysząca głośna muzyka – tzw. „ćwiczenia sopa” (ang. sensory overload patient assesssment). Zaawansowane procedury ratujące życie

w tym damage control surgery mogą zostać zrealizowane na etapie przedszpitalnym w ramach zespołów SOST (ang. special operation surgical team). Przygotowanie żołnierzy z wykształceniem medycznym do udzielania pomocy na polu walki oparte jest o ściśle określony plan edukacyjny, podczas którego wykorzystywane są techniki symulacji wysokiej wierności. System kształcenia kadetów uzupełniany jest o ćwiczenia typu „cadaver labs” oraz ćwiczenia na żywej tkance (ang. life tissue training).

DOŚWIADCZENIA OSTATNICH MISJI OKIEM CHIRURGA

R. Brzozowski (5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ, Kraków)

W latach 2007-2014, w ramach operacji Enduring Freedom i ISAF, pełniło służbę w Afganistanie ponad 28 tysięcy polskich żołnierzy i pracowników wojska. W działaniach bojowych Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie poszkodowanych zostało 869 żołnierzy i pracowników wojska, z czego 361 zostało rannych (hospitalizacja powyżej 7 dni). Zginęło 43 żołnierzy i 2 pracowników wojska. Działania bojowe były zabezpieczane przez polską Grupę Zabezpieczenia Medycznego, początkowo przy wsparciu amerykańskiej czołówki chirurgicznej (966 th Forward Surgical Team), następnie samodzielnie - na bazie Polskiego Szpitala Polowego w Ghazni, pełniącego rolę placówki medycznej poziomu 2. Modułowa organizacja szpitala oraz nabyte doświadczenie leczenia obrażeń wojennych (Combat Lessons – Learned), zebrane w okresie działalności PKW Afganistan, zaowocowały wysoką skutecznością podejmowanych interwencji medycznych, a nieuniknione straty były w większości spowodowane śmiercią na miejscu (KIA).

Podczas prezentacji zostaną omówione głównie chirurgiczne aspekty działalności medycznej PKW Afganistan, organizacji leczenia, efektów terapeutycznych oraz wniosków znajdujących zastosowanie również w środowisku cywilnym - wobec ofiar ciężkich urazów – wypadków, katastrof i zagrożeń terrorystycznych.

NOWE KIERUNKI W CHIRURGII NACZYNIOWEJ

M. Dziekiewicz (WIM, Warszawa)

Chirurgia naczyniowa jest jedną z tych specjalności zabiegowych, które rozwijają się najszybciej. W historii jej rozwoju można wyróżnić kilka okresów, jednak to ostatnie trzydzieści lat pokazało nowe kierunki ekspansji, tej niezwykle dynamicznie rozwijającej się dyscypliny. Rozwój technologii, a co za tym idzie sprzętu medycznego, pozwolił na zaadaptowanie dostępu wewnątrznaczyniowego do procedur stricte naczyniowych. Nowa perspektywa umożliwiła opracowanie

metod leczenia najtrudniejszych patologii naczyniowych jeżeli nie sposobem klasycznym, to wewnątrznaczyniowym lub hybrydowym. Na obecnym poziomie zaangażowania najnowocześniejszych technologii w chirurgii naczyniowej, możemy spodziewać się kolejnych milowych kroków na drodze postępu w medycynie.

OBRAŻENIA BOJOWE NA POLU WALKI – ZMIANY NA PRZESTRZENI DZIEJÓW

A. Nykaza, A. Obara, M. Dziekiewicz (WIM, Warszawa)

Obrażenia bojowe i ich zmienność są ściśle związane z rozwojem broni i amunicji. W dawnych wiekach niezbyt głębokie rany zadane wczesną bronią były do opanowania. Problemem były intensywne krwawienia i krwotoki powodujące dużą śmiertelność. Z bezpośrednim zagrożeniem życia wiązały się obrażenia okolicy górnego otworu klatki piersiowej, pachy, pachwiny i czaszki. Wraz z rozwojem broni i amunicji problem ten narastał, gdyż wzrastała ich urazowość. Uwydatniło się to wyraźnie po wynalezieniu broni palnej, gdzie gwałtownie wzrosła śmiertelność. Pomijając starożytność, gdzie zanotowano pewien postęp medycyny dopiero XIX wiek, rozwój nauki i wynalazki pozwoliły zrozumieć mechanizm powstawania ran i rozwinąć w miarę skuteczne leczenie. Występujące po sobie wojny XIX i XX wieku doprowadziły

do wypracowania organizacji udzielania pomocy na polu walki przez co zmniejszono straty nieodwracalne. Współczesne metody leczenia wszystkich rodzajów ran zostały wypracowane w oparciu o doświadczenia wyniesione z poprzednich wojen i ostatnich konfliktów. To one stworzyły punkty zwrotne strategii postępowania medycznego, które są stale doskonalone: szybkie opanowanie krwotoków np. poprzez wprowadzenie na wyposażenie różnego typu opasek uciskowych i opatrunków hemostatycznych, szybki transport rannych do szpitali (o ile jest to możliwe, konieczne jest panowanie w powietrzu i pogoda), zdefiniowanie złotej godziny“, następnie złotych „pięciu minut“, duża podaż krwi i preparatów krwiozastępczych oraz walka z bólem.

LECZENIE BIOLOGICZNE W ASPEKCIE CHIRURGII NIESWOISTYCH CHORÓB ZAPALNYCH JELIT

Marek Durlik

Wprowadzenie

Przeciwciała skierowane przeciwko TNF- α w monoterapii lub w skojarzeniu z czynnikami immunomodulującymi zrewolucjonizowały leczenie nieswoistych zapaleń jelit. Inhibitory TNF- α - infliksimab czy adalimumab, skutecznie prowadzą do i podtrzymują remisję u pacjentów ze średnio- ciężkimi i ciężkimi postaciami choroby Leśniowskiego- Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Nie zmalała jednak rola leczenia chirurgicznego u tych chorych- nie zmieniły się wskazania do leczenia pilnego, a leczenie planowe dotyczy obecnie pacjentów z ciężkim przebiegiem, kierowanych później i gorzej rokujących. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z podniedrożnością przewodu pokarmowego, rozległymi zmianami okołodbytniczymi, a także nowotworami.

Leki biologiczne a powikłania okołooperacyjne

Wpływ leczenia biologicznego na postępowanie chirurgiczne wciąż budzi liczne kontrowersje. Rozważany jest optymalny odstęp czasowy między terapią anti-TNF a operacją. Większość autorów podaje czas 6 tygodni po skończonym leczeniu biologicznym do operacji, jednak nierzadko pilne wskazania pojawiają się wcześniej. Brak jest jednoznacznych wytycznych co do wskazań i czasu rozpoczęcia leczenia biologicznego po operacji. W praktyce chirurgicznej zdarzają się pacjenci, których zbyt wcześnie po operacji zakwalifikowano do programu leczenia anti-TNF, co może doprowadzić do poważnych powikłań chirurgicznych. Innym aspektem stosowania leków biologicznych jest ich wpływ na ryzyko wystąpienia powikłań okołooperacyjnych. Część z dostępnych analiz podaje brak związku między stosowaniem leków biologicznych a częstością występowania powikłań, inne uznają przebyte leczenie biologiczne jako jeden z głównych czynników ryzyka komplikacji. Nie ma też danych, które jednoznacznie oceniałyby rolę przedoperacyjnego leczenia biologicznego na długość remisji pooperacyjnej.

W ostatnim czasie zmienia się profil pacjentów operowanych z powodu nieswoistych zapaleń jelita. Lekkie i średnie postaci zapaleń jelit są skutecznie leczone farmakologicznie. Z doświadczenia Kliniki wynika, że pacjenci, którzy są poddawani zabiegom operacyjnym, zgłaszani są znacznie później, częściej występują u nich ropnie wewnątrztrzewnowe i przetoki. W rezultacie, wzrasta odsetek powikłań chirurgicznych, wydłuża się okres hospitalizacji po zabiegach operacyjnych. Generuje to większe koszty leczenia tych chorych w klinice chirurgii.

REKONSTRUKCJA PRZEWODU POKARMOWEGO PO CZASOWEJ KOŁO/ILEOSTOMII

Wiesław Janusz Kruszewski

Choroby zapalne przewodu pokarmowego to przede wszystkim choroba Leśniowskiego-Crohna (LC) oraz ograniczona występowaniem do jelita grubego *colitis ulcerosa* (CU). Ich leczenie nierozzerwalnie wiąże się z postępowaniem chirurgicznym w większości przypadków, w tym z wyłanianiem czasowo lub na stałe jelitowej przetoki końcowej lub pętłowej. Najczęściej wyłania się ileostomię pętlową. W przypadku chirurgicznego leczenia CU ileostomia zazwyczaj służy przygotowaniu pacjenta do wykonania operacji odtwórczej, np. po kolektomii z ileostomią z następową proktektomią i wytworzeniem zbiornika z jelita krętego zespolonego z odbytem i z kolejną ileostomią, tym razem protekcyjną ileostomią pętlową. Jej likwidacja kończy leczenie chirurgiczne i przywraca ciągłość przewodu pokarmowego. Istnieją pokrewne powszechnie stosowane scenariusze chirurgicznego leczenia następstw CU, po których przywraca się ciągłość w przewodzie pokarmowym, co przedyskutowano w wystąpieniu. W chirurgicznym leczeniu choroby LC również dominuje ileostomia pętłowa jako narzędzie docelowo ułatwiające odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego na drodze jej likwidacji. Inaczej niż w innych stanach pato-

logicznych, przetoka kałowa w chorobach zapalnych jelit, pierwotnie zaplanowana jako przetoka czasowa, stosunkowo najczęściej pozostaje przetoką na stałe. Przedyskutowano w wystąpieniu czynniki ograniczające możliwość operacji przywracającej ciągłość przewodu pokarmowego w tych stanach chorobowych. Omówiono metody postępowania potencjalnie sprzyjające likwidacji czasowej przetoki w chorobach zapalnych jelit oraz zmniejszające ryzyko powikłań związanych z czasową przetoką. Dotychczas nie ma zgodności w ocenie rzeczywistej wartości wytwarzania i następnie likwidacji stomii protekcyjnej dla potrzeb przywracania ciągłości przewodu pokarmowego w procesie leczenia chorób zapalnych jelit. Nie określono optymalnego czasu co do jej likwidacji, ani nie określono warunków jednoznacznie definiujących bezpieczne przeprowadzenie tej operacji u chorych na choroby zapalne jelit. W sposób jednoznaczny podkreśla się rolę wielodyscyplinarnego podejścia w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych w czasie leczenia chorych z LC i UC w odniesieniu do rekonstrukcji przewodu pokarmowego na drodze likwidacji czasowej przetoki kałowej.

SYNCHRONICZNE I METACHRONICZNE PRZERZUTY RAKA JELITA GRUBEGO: JAKĄ WYBRAĆ STRATEGIĘ?

Robert Król (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach)

Rak jelita grubego (CRC) należy do najczęstszych nowotworów zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. W Polsce rocznie rozpoznaje się ok 15000 nowych przypadków CRC. 50% chorych będzie miało przerzuty do wątroby (mCRC) w ciągu rozwoju choroby a 30% w chwili rozpoznania guza pierwotnego (guzy synchroniczne). W przypadku nieleczonych mCRC średnia długość życia wynosi ok 6 m-cy. Najlepszym sposobem leczenia chirurgicznego jest wycięcie guza przerzutowego z marginesem co najmniej 1 mm (R0), które skutkuje 50% 5 letnim przeżyciem chorych (OS). Nie wykazano wyższości resekcji anatomicznych w stosunku do nieanatomicznych. W przypadku znacznego zaawansowania zmian przerzutowych bez możliwości uzyskania odpowiedniej objętości miększu wątrobowego po resekcji wskazana jest resekcja dwuetapowa z embolizacją lub podwiązaniem gałęzi żyły wrotnej i usunięciem zmian ogniskowych zlokalizowanych w lewej połowie wątroby. Wtórny do niedokrwienia prze-

rost dobrze ukrwionej części wątroby pozwala na przeżycie chorego. Chemioterapia pooperacyjna zwiększa odsetek 5 letniego OS o ok 10% nie wykazano istnego wpływu chemioterapii neoadjuwantnej na przeżycie chorych z pierwotnie resekcyjnymi mCRC. W przypadkach synchronicznych mCRC i bezobjawowych guzów pierwotnych istnieją 3 warianty postępowania chirurgicznego.

1. Resekcja guza pierwotnego i wtórna po kilku tygodniach resekcja mCRC.
2. Równoczesne wycięcie guza pierwotnego i mCRC.
3. W pierwszej kolejności wycięcie mCRC a w drugiej guza pierwotnego. Wszystkie sposoby mogą być poprzedzone lub uzupełnione chemioterapią lub radioterapią. Dotychczas brak prospektywnych badań pozwalających na jednoznaczne wypracowanie najlepszej taktyki postępowania w przypadku synchronicznych mCRC a analizy retrospektywne wykazują podobne wyniki OS u chorych poddanych leczeniu różnymi

PRZESZCZEPIANIE WĄTROBY U CHORYCH Z POALKOHOLOWĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NARZĄDU

Krzysztof Zieniewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Przeszczepienie wątroby współcześnie jest jedynym skutecznym leczeniem ratującym życie chorym z krańcową niewydolnością tego narządu, ale istnieje szereg ograniczeń szerokiego zastosowania tej metody. Najważniejszym ograniczeniem jest niedobór - w stosunku do potrzeb - organów do przeszczepienia.

W XXI wieku w doświadczonych ośrodkach transplantacji wątroby przewyciężono większość ograniczeń technicznych - technika zespożeń naczyniowych i żółciowych zapewnia dobry wynik doraźny i odległy. Program leczenia immunosupresyjnego dostosowuje się do konkretnego pacjenta, choroby podstawowej, okresu po transplantacji.

Transplantacja wątroby stała się w pewnym sensie ofiarą własnego sukcesu, w tym znaczeniu, że nie ma wystarczającej liczby narządów do przeszczepienia, podczas gdy wskazania stale poszerzają się.

Według danych z ELTR (European Liver Transplant Registry) z 2016 roku liczba transplantacji wątroby zbliża się do 140 000, w 168 ośrodkach w 31 krajach, z rocznym przeżyciem 83%, 10-letnim 61% i 20-letnim 41%.

W ostatnich latach zmieniają się również wskazania do transplantacji. Nadal najczęstszym wskazaniem pozostaje zaawansowana marskość wątroby – ponad 56%. Zmniejsza się grupa potencjalnych biorców z marskością w przebiegu WZW B i WZW C – w związku z wprowadzeniem bardzo skutecznych leków przeciwwirusowych. Rośnie natomiast liczba kandydatów do transplantacji z zaawansowaną niewydolnością w przebiegu stłuszczenia wątroby (NASH *non-alcoholic steatohepatitis*) oraz poalkoholowego uszkodzenia narządu.

W przypadku poalkoholowej marskości wątroby transplantacja jest ciągle kwestią kontrowersyjną, ponieważ współist-

niejące zaburzenia neurologiczne, choroby układu sercowo-naczyniowego, nerek, stan niedożywienia i wysoki odsetek powikłań septycznych w znacznym stopniu pogarszają rokowanie. W tej grupie chorych obserwowano powrót do picia szkodliwego (picie ciągami i klinowanie – wg. definicji psychiatrycznej) u 20-40% biorców. Doprowadza to do nawrotu choroby podstawowej w przeszczepionym narządzie oraz występowania innych powikłań narządowych związanych z nadużywaniem alkoholu. Nie mniej znaczna liczba pacjentów rehabilituje się znakomicie nie tylko w aspekcie funkcji przeszczepionego narządu, ale i aktywności zawodowej oraz społecznej, osiągając jakość życia porównywalną z innymi grupami biorców przeszczepu wątroby.

Współcześnie poalkoholowa marskość wątroby stała się pełnoprawnym wskazaniem do transplantacji, z założeniem przestrzegania przyjętych kryteriów kwalifikacji, szczególnie dotyczących okresu abstynencji. W większości ośrodków europejskich i amerykańskich wymagany okres abstynencji poprzedzającej transplantację wynosi 6 miesięcy. Należy zwrócić uwagę na konieczność skrupulatnej oceny potencjalnych biorców w ramach kwalifikacji do zabiegu. Oceniać należy nie tylko rodzaj problemu alkoholowego - picie szkodliwe lub uzależnienie - i jego nasilenie, ale także stan psychiczny, motywację do utrzymywania abstynencji i rokowanie co do współpracy po transplantacji. Po przeszczepieniu proponuje się prowadzenie specjalnych programów wsparcia zmniejszających ryzyko powrotu do nałogu.

Opinia publiczna wyraża ambiwalentne stanowisko odnośnie przeszczepiania wątroby biorcy z poalkoholowym uszkodzeniem wątroby, zwłaszcza wobec niedostatku narządów. Są to niewątpliwie trudne dylematy kliniczne i etyczne.

JATROGENNE USZKODZENIA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH: DIAGNOSTYKA I LECZENIE ENDOSKOPOWE

Stanisław Malinger (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)

Słowa kluczowe: drogi żółciowe, uszkodzenia jatrogenne, leczenie endoskopowe, ECPW

Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych są dobrze udokumentowanym powikłaniem w chirurgii żołądkowo-jelitowej, znanym od ponad 100 lat. Najczęściej dochodzi do nich podczas endoskopowych zabiegów na drogach żółciowych, chirurgii wątroby i dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy oraz trzustki. Operacje dróg żółciowych są jednymi z najczęściej wykonywanych zabiegów w chirurgii. Mimo wciąż wzrastającego doświadczenia operacyjnego, zabiegi te nadal nie są pozbawione powikłań. Z chwilą wprowadzenia cholecysektomii laparoskopowej w latach 80-tych ubiegłego stulecia, zabieg ten stał się standardem postępowania w Europie i na świecie. Szybka akceptacja nowej techniki operowania wiązała się z oczywistymi zaletami: obniżenie kosztów, zmniejszenie czasu pobytu chorego w szpitalu oraz większa satysfakcja pacjentów. Szerokie rozpowszechnienie cholecysektomii laparoskopowej na początku lat 90-tych, doprowadziło do dramatycznego zwiększenia ilości urazów dróg żółciowych (2,2%). Wraz ze wzrastającym doświadczeniem chirurgów, częstotliwość tych powikłań znacznie się zmniejszyła i osiągnęła plateau na poziomie 0,6%. Skuteczne leczenie jatrogennego uszkodzenia dróg żółciowych wyma-

ga interdyscyplinarnego podejścia zespołu terapeutycznego: doświadczonych endoskopistów wykonujących zabiegi na drogach żółciowych, radiologów zabiegowych (interwencyjnych) i chirurgów wątrobowo-żółciowych. Właściwe postępowanie lecznicze zależy od charakteru i zakresu urazu, obecności lub braku wycieku żółci oraz czasu postawienia właściwego rozpoznania. Niniejsze opracowanie koncentruje się na roli endoskopii zabiegowej w leczeniu tych powikłań. Zabiegi ECPW odgrywają tutaj znaczącą rolę, zarówno w diagnozowaniu jak i leczeniu. Większość jatrogennych przetok i dużą część zwężeń można z powodzeniem leczyć z wykorzystaniem technik endoskopowych. Leczenie endoskopowe może być skuteczne w około 90% uszkodzeń dróg żółciowych bez konieczności dalszego postępowania operacyjnego. Należy jednak pamiętać, że wiele z tych szczególnie skomplikowanych uszkodzeń, np. wnęki wątroby oraz wycięcia dróg żółciowych nie nadaje się do leczenia endoskopowego, konieczne jest wówczas postępowanie operacyjne w ośrodkach referencyjnych. W wielu przypadkach endoskopia pomaga jednak przygotować pacjenta do leczenia ostatecznego.

MARSKOŚĆ ŻÓŁCIOWA WĄTROBY – LECZENIE ENDOLUMINALNE I TRANSPLANTACJA NARZĄDOWA

Marek Krawczyk (Katedra Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)

Istnieją dwa rodzaje marskości żółciowej wątroby – **pierwotna marskość żółciowa (ang. PBC)** i **wtórna marskość żółciowa (ang. SBC)**. Częstsza jest PBC.

Ta pierwsza jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną z obecnością przeciwciał przeciwmitochondrialnych (AMA) (90 – 95% chorych z PBC), z powolnym niszczeniem międzypłacikowych kanalików żółciowych, prowadzącą do marskości wątroby. Zrozumienie patogenezы spowodowało zmianę nazwy jednostki chorobowej z *Primary Biliary Cirrhosis* na *Primary Biliary Cholangitis*.

Choroba występuje 13 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Typowe objawy PBC to: osłabienie, świąd, hepatomegalia, splenomegalia, żółtaczka. Do charakterystycznych objawów PBC należy osteoporoza, nierzadko powodująca złamania kręgosłupa.

Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu dwóch z trzech objawów: 1. Cechy cholestazy utrzymujące się przez 6 miesięcy; 2. Obecność przeciwciał antymitochondrialnych; 3. PBC potwierdzone w biopsji.

Lekiem z wyboru jest kwas ursodeoksycholowy.

Kwalifikacja chorych do OLTx opiera się na skali punktowej MELD. W Mayo Clinic zaproponowano Mayo Risk Score.

Wskazaniem do OLTx jest niewydolność wątroby. Indywidualnym uzasadnieniem przeszczepiania jest osłabienie i narastający świąd skóry.

Obecnie PBC jest trzecim w kolejności, po zapaleniach wirusowych i marskości poalkoholowej, wskazaniem do transplantacji (7-9% OLTx). Przeżycia po OLTx z powodu PBC są bardzo dobre (90% - 1 rok). Nawrót PBC po OLTx - 20% - 25% chorych.

Każdy pacjent z rozpoznaniem marskości wątroby powinien mieć wykonane badanie endoskopowe gopp pod kątem obecności żylaków. Pacjenci z żylakami przełyku ze znamionami zagrażającego krwawienia, powinni być poddani pierwotnej profilaktyce krwawienia, a w przypadku przebytego krwawienia z żylaków, profilaktyce wtórnej.

Najkorzystniejsze w leczeniu żylaków jest leczenie endoskopowe (EVL, kleje tkankowe, protezy samorozprężalne). W sytuacjach szczególnych stosuje się metody ratunkowe: protezy SEMS, sondę Sengstakena-Blakemore'a, hemo-spray i TIPSS.

Marskość żółciowa wątroby wtórna (1% OLTx) jest nieodwracalnym uszkodzeniem wątroby, którego patomechanizm jest wynikiem przewlekłego utrudnienia odpływu żółci z wątroby. SBC jest najczęściej skutkiem niepowodzeń leczenia uszkodzeń dróg żółciowych lub kamicy przewodowej. U 7–41% operowanych może dojść także do uszkodzenia prawej tętnicy wątrobowej, a u 0,1–1% chorych może wystąpić uszkodzenie żyły wrotnej - VBI (*vasculobiliary injury*).

Odległe przeżycie po transplantacji z powodu SBC jest gorsze niż w grupie chorych operowanych z innych wskazań. Odsetek przeżyć 1-, 5- i 10-letnich u tych chorych wynosi odpowiednio: 75%, 71% i 54%.

Operacja OLTx z powodu SBC jest technicznie trudniejsza, z powodu większego krwawienia śródoperacyjnego, konieczności mnogiego przetaczania preparatów krwiopochodnych, potrzeby częstego śródoperacyjnego stosowania biopompy i hemodializy. Może powodować większą ogólną liczbę powikłań i większą śmiertelność.

LAPAROSKOPOWA CHOLECYSTEKTOMIA W OSTRYM ZAPALENIU PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

Waldemar Kostewicz (Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie, Aleja Solidarności 67.)

Rozwój chirurgii laparoskopowej i nabyte doświadczenie pozwalają na szerokie i powszechne stosowanie techniki laparoskopowej również u chorych z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. W 10-30% tych operacji konieczna jest konwersja do klasycznej cholecystektomii. Dlatego też, wielu chirurgów nadal odbiera konwersję za „powikłanie”.

Odsetek konwersji w niepowikłanej objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego jest najczęściej niewielki, w naszym materiale 3.2%. Dane literaturowe wskazują na podobny odsetek, zwykle w granicach 1–6%. W grupie chorych z objawami ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego odsetek przeprowadzonych konwersji wzrasta – w naszym materiale 26,5%. Jest to odsetek porównywalny z danymi z innych ośrodków, gdzie wynosi 10–25%, a nawet 35%.

Materiał i metoda

Analizie poddano wyniki operacji 97 kolejnych chorych w wieku od 21 do 87 lat (śr. 54,3) zakwalifikowanych do laparoskopowej cholecystektomii z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego w Szpitalu Praskim w Warszawie w 2017 roku. W przypadku objawów ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego podczas operacji standardowo stosowano technikę 4 trokarów.

Wyniki

U wszystkich chorych operację rozpoczynano laparoskopią i w zależności od śródoperacyjnych warunków uzależniano metodę dalszego operowania. W przypadku 97 laparoskopowych cholecystektomii konwersja do operacji klasycznej konieczna była ogółem w 11,3% (u 11 z/97 operowanych), w tym u 3,2% (u 2 z/63 operowanych) zaistniała konieczność konwersji w przypadku niepowikłanej objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego (PZP) i w 26,5% (9/34 operowanych) w przebiegu objawów ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego (OZP).

Przyczyny konwersji do cholecystektomii laparoskopowej	OZP	PZP
Znaczne pogrubienie ściany pęcherzyka żółciowego i nacieczenie szyi i elementów trójkąta Calota	- 4,	- 0
Ropniak, wodniak pęcherzyka żółciowego	- 3,	- 0
Niejasna anatomia	- 1,	- 1
Liczne zrosty sieci z szyją pęcherzyka żółciowego	- 1,	- 1
Razem	- 9	- 2

Nie stwierdzono kalectwa dróg żółciowych, zgonów, ani innych poważnych powikłań pooperacyjnych.

Wnioski

Laparoskopowa cholecystektomia jest techniką bezpieczną i skuteczną metodą w leczeniu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego i powinna być w pierwszej kolejności stosowana jako rekomendowana metoda z wyboru.

Możliwość częstszej konwersji u chorych z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego nie powinna zniechęcać do próby laparoskopii w pierwszym etapie i w zależności od warunków śródoperacyjnych do laparoskopowej cholecystektomii. Planowa, wcześniej podjęta decyzja o konwersji do klasycznej cholecystektomii jest klinicznie nieistotna. Zamiana cholecystektomii laparoskopowej na otwartą nie jest powikłaniem, lecz słuszną decyzją chirurga podjętą w celu uchronienia chorego przed ewentualnością wystąpienia powikłań.

KONCEPCJA LECZENIA RAN PRZEWLEKŁYCH TIME – SKUTECZNIE I EKONOMICZNIE

Radosław Pach

Prawidłowe i skuteczne leczenie ran przewlekłych od zawsze stanowiło istotny problem w chirurgii. Przedłużona faza zapalna i proliferacyjna wiązały się z wydłużeniem procesu gojenia rany, a obecność bakterii i wolnych rodników w ranie stymulowały utrzymywanie się stanu zapalnego. W roku 2002 opracowano koncepcję TIME, której założenia pozostają. Zgodnie z tym podejściem w procesie gojenia rany przewlekłej istotne znaczenie mają: prawidłowe oczyszczenie rany (debridement), zapobieganie infekcjom, utrzymanie równowagi w zakresie wilgotności rany oraz ochrona brzegów rany zapewniająca prawidłowe zbliżanie się brzegów rany.

Nowoczesne opatrunki pozwalają na przyspieszenia gojenia ran przewlekłych poprzez oddzielenie rany od otoczenia, adsorpcję nadmiernego wysięku, a nawet wyłapywanie wolnych rodników.

Po 10 latach od wprowadzenia akronimu TIME obserwujemy dalszy rozwój technik leczenia ran przewlekłych, które obecnie obejmują; eradykację biofilmu z rany, opatrunki próżniowe oraz miejscowe leczenie przeciwdrobnoustrojowe poprzez dodanie do opatrunku związków srebra.

W rezultacie w roku 2012 zaproponowano nową koncepcję TIME, która poza dotychczasowymi zasadami (objętymi nazwą *treatment*) obejmuje również ciągłe wdrażanie planu leczenia (*implementation*), monitorowanie działań ubocznych (*monitoring*) oraz obiektywną ocenę gojenia rany (*evaluation*).

Niniejsza prezentacja zawiera wskazówki dotyczące racjonalnego leczenia ran przewlekłych w świetle dostępnych danych naukowych i z uwzględnieniem kosztów i efektywności leczenia.

HOW TO AVOID INJURY OF THE EBSLN DURING THYROIDECTOMY?

Aleksander Konturek, Marcin Barczyński, Małgorzata Stopa-Barczyńska, Wojciech Nowak

(Department of Endocrine Surgery, Third Chair of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Polska)

Monitoring of the EBSLN, Intraoperative complications of EBSLN, Education and training

Aim

We would like to present the most important principles of the EBSLN identification by IONM based on the management standards developed by the International Neural Monitoring Study Group. The most common problems are presented along with practical hints pertaining to nerve identification. The amplitude, latency period and the waveform shape were characterized by the EBSLN signal.

Methods

The authors of the lecture employed an IONM system and a NIM FLEX EMG (Medtronic, Jacksonville, Florida, USA) endotracheal tube with a 7.0-8.0 internal diameter and a surface electrode. The monitor was configured to an excitability threshold of 100 μ V (or lower) and stimulation current delivered through a monopolar electrode within the range of 1-2 mA. A stimulus up to 2 mA was employed for the purpose of mapping, and 1 mA for confirming the identification of the EBSLN. The standard of preoperative management addressed the principles of anesthesia induction, configuration of the equipment and verification of the endotracheal tube positioning.

Results

A positive identification of the EBSLN was assessed based on the cricothyroid muscle (CTM) spasm, which was present in all the patients, and on the electromyography recording obtained by means of surface electrodes situated within the vocal folds. Such a reaction was present in approximately 70-80% of the patients and constituted additional confirmation of the appropriate identification of the EBSLN. The factors that affected nerve identification included the goiter size, the length of the neck and the side where the procedure was performed. A loss of signal (LOS) was defined as absence of the cricothyroid muscle twitch in a situation where the preoperative vocal fold function had been intact, while the presence of the CTM spasm and its amplitude $> 100\mu$ V were confirmed at the onset of the procedure.

Conclusions

The knowledge of principles of preparing and managing the patient based on the standards of general anesthesia, anatomical variants of the nerve course, special situations and the course of the very surgery allow for an appropriate identification of the EBSLN, thus preventing its injury and improving the quality of life of the patients following the surgical treatment.

ZASTOSOWANIE NEUROMONITORINGU NERWÓW KRTANIOWYCH W OPERACJACH WTÓRNYCH NA GRUCZOLE TARCZOWYM

UTILIZATION OF NEUROMONITORING IN SECONDARY SURGICAL PROCEDURES ON THYROID GLAND

Beata Wojtczak (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Krzysztof Sutkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Krzysztof Kaliszewski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Mateusz Głód (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Bartłomiej Knychalski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Marcin Barczyński (Department of Endocrine Surgery, Third Chair of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland)

(Department of Endocrine Surgery, Third Chair of General Surgery, Jagiellonian University Medical College in Krakow)

Wprowadzenie

Zabiegi wtórne na gruczole tarczowym obarczone są istotnie wyższym odsetkiem powikłań; w szczególności uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego. Zmienione warunki anatomiczne po pierwszej interwencji chirurgicznej w istotny sposób utrudniają zarówno identyfikację nerwu krtaniowego, jak i całkowite usunięcie pozostawionej tkanki gruczolu tarczowego. Stąd zastosowanie neuromonitoringu nerwów krtaniowych w operacjach wtórnych jest szczególnie uzasadnione w celu zmniejszenia odsetka powikłań, jak i poprawy wyników leczenia.

Celem pracy jest przedstawienie w formie fotograficznej i wideo operacji wtórnych z zastosowaniem neuromonitoringu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na nieanatomiczny przebieg nerwu krtaniowego wstecznego.

Materiał

Spośród 236 zabiegów na gruczole tarczowym z użyciem śródoperacyjnego neuromonitoringu w latach 2011-2014, zabiegi wtórne stanowiły 37 (15,6 %). W grupie tej 26 pacjentów (71%) miało wole nawrotowe, u 11 (29%) wykonano radykalizację zabiegu z powodu pooperacyjnie rozpoznanego raka tarczycy.

Wyniki

Identyfikacja nerwu krtaniowego wstecznego z użyciem neuromonitoringu w zabiegach wtórnych wyniosła 94 %. Przedstawiono w formie zdjęć i wideo następujące przebiegi nerwu krtaniowego: NKW całkowicie przyrośnięty do bocznej powierzchni rozrośniętego guzka Zuckerkandla w wolu nawrotowym olbrzymim; NKW rozgałęziony, wbudowany w bliznę pooperacyjną, NKW nachodzący na dolny biegun tarczycy w wolu zamostkowym, zamostkowym oraz NKW biegnący w licznych zrostach w wolu nawrotowym.

Wnioski

Identyfikacja wzrokowa nerwu krtaniowego wstecznego w wolu nawrotowym jest utrudniona nawet dla doświadczonych chirurgów; stąd zastosowanie śródoperacyjnego neuromonitoringu nerwów krtaniowych w tego typu operacjach powinno być zalecane w każdym przypadku w celu zwiększenia zarówno trafności jego identyfikacji, jak i całkowitego usunięcia pozostawionej tkanki tarczycowej.

Słowa kluczowe: śródoperacyjny neuromonitoring nerwów krtaniowych, wole nawrotowe, nerw krtaniowy wsteczny

Objectives

Secondary surgical procedures on the thyroid gland have significantly higher risk of complications and recurrent laryngeal nerve (RLN) injury. Altered neck anatomy after the initial surgery interferes the identification and safety of removal of thyroid tissue, hence the use of neuromonitoring in this type of procedures can be particularly helpful. The aim of the study is to present in the visual form, difficult, non-anatomical, recurrent laryngeal nerve courses in secondary surgery on the thyroid gland, where the utilization of intraoperative neuromonitoring (IONM) prevented the RLN injury

Methods

37 (15.6%) of the 236 surgeries with IONM on thyroid gland in 2011-2014 were secondary procedures. In this group, 26 (71%) were due to recurrent goiter, 11 (29%) - radicalization surgery due to postoperatively diagnosed thyroid cancer. RLN monitoring was carried out in keeping with the Recommendations of the International Neural Monitoring Study Group using NIM -3, Medtronic. Video and photographic documentation made with SONY Cybershot camera was analyzed.

Results

Identification rate of the RLN in secondary surgery with IONM was 94%. Four non-anatomical RLN courses in recurrent goiter were presented: 1) RLN completely attached to the lateral surface of the capsule of enlarged goiter, 2) branched RLN ingrown into postoperative scar, 3) RLN attached to the thyroid's inferior pole in the recurrent retrosternal goiter, 4) RLN running in numerous adhesions in recurrent goiter.

Conclusions

Visual identification of RLN in recurrent goiter procedures is difficult even for an experienced endocrine surgeon, thus the utilization of IONM in these types of surgeries should be particularly recommended to increase both the accuracy of the identification and radicalness of removal of thyroid tissue.

ROZGAŁĘZIENIA NERWU KRTANIOWEGO WSTECZNEGO W OPERACJACH TARCZYCY Z UŻYCIEM ŚRÓDOPERACYJNEGO NEUROMONITORINGU

RECURRENT LARYNGEAL NERVE BRANCHING IN THE THYROID SURGERY WITH INTRAOPERATIVE NEUROMONITORING

Beata Wojtczak (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Krzysztof Kaliszewski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Krzysztof Sutkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Mateusz Głód (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Zdzisław Forkasiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny Wrocław)

(First Department and Clinic of General, Gastroenterological and Endocrinological Surgery, Wrocław Medical University)

Marcin Barczyński (Department of Endocrine Surgery, Third Chair of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland)

(Department of Endocrine Surgery, Third Chair of General Surgery, Jagiellonian University Medical College in Krakow)

Wprowadzenie

Rozgałęzienia nerwu krtaniowego wstecznego (NKW) występują nawet do 50%. Istnieje duża różnorodność rozgałęzień zarówno pod względem ilości gałęzi pozakrtaniowych NKW, jak i miejsca ich odejścia od głównego pnia nerwu; a także ich stosunku do pozostałych struktur anatomicznych na szyi. Umiejętność zidentyfikowania gałęzi NKW oraz rozróżnienia gałęzi czuciowej od gałęzi ruchowej nerwu, a także ich zróżnicowania z innymi strukturami w polu operacyjnym jest istotne w celu zwiększenia bezpieczeństwa operacji tarczycy, jak i zachowania ich ciągłości i prawidłowej funkcji NKW.

Celem pracy jest pokazanie w formie fotografii i filmów wideo różnych typów rozgałęzień NKW z zastosowaniem śródoperacyjnego neuromonitoringu podczas operacji tarczycy.

Material

W latach 2012-2014 wykonano 236 operacji tarczycy z użyciem śródoperacyjnego neuromonitoringu. Przeanalizowano dokumentację fotograficzną i wideo, dotyczącą rozgałęzień nerwu krtaniowego wstecznego.

Wyniki

Podczas operacji tarczycy z użyciem śródoperacyjnego neuromonitoringu zidentyfikowano około 30 % rozgałęzień. Przedstawiono przykłady rozgałęzień nerwu krtaniowego wstecznego: 1) NKW rozgałęziający się na dwie główne gałęzie: przednią (czuciową) i tylną (ruchową), 2) NKW rozgałęziający się na wiele drobnych gałęzi pozakrtaniowych 3) rozgałęzienie NKW z równoległym przebiegiem gałęzi, które imitują jeden pień nerwu 4) rozgałęzienia NKW, które przeplatają się z gałęziami tętnicy tarczycy dolnej. W filmach pokazano wykorzystanie IONM zarówno w identyfikacji rozgałęzień; jak i możliwości rozróżnienia gałęzi przedniej od tylnej nerwu a także od innych struktur w polu operacyjnym.

Wnioski

Śródoperacyjny neuromonitoring ułatwia identyfikację rozgałęzień nerwu krtaniowego wstecznego oraz umożliwia poznanie jego fizjologii, poprzez możliwość różnicowania gałęzi czuciowych od ruchowych.

Słowa kluczowe: rozgałęzienia NKW, śródoperacyjny neuromonitoring, operacja tarczycy

Objectives

Recurrent laryngeal nerve (RLN) branching is quite common. There are a variety of branching types in terms of quantity, as well as the location of branch-point, and their relation to other structures in the neck. It is crucial for the safety of thyroid surgery to distinguish sensory and motor branches. The aim of study is a presentation of the images and videos of different types of RLN branches and the value of intraoperative neuromonitoring (IONM) in the identification of sensory and motor branches.

Methods

In 2012-2014, 236 thyroid surgical procedures were performed with intraoperative neuromonitoring. RLN monitoring was carried out in keeping with the Recommendations of the International Neural Monitoring Study Group using NIM -3, Medtronic. Video and photographic documentation of RLN branches, made with SONY Cybershot camera, was investigated.

Results

Approximately 30% of the branches were identified in thyroid surgery with IONM. Four examples of the branches of the RLN were presented: 1) RLN giving off two main branches: the anterior (sensory) and posterior (motor), 2) RLN dividing into many small branches, 3) RLN branch, in which the two branches - anterior and posterior run parallel mimicking one thick trunk of the nerve 4) RLN branches intertwine with inferior thyroid artery branches. The videos presents utilization of the IONM in the localization of the RLN branches and identification of its anterior (correct signal after nerve stimulation) and posterior (no stimulation) branch.

Conclusions

IONM facilitates identification of the RLN branches, which are characterized by great diversity, and allows to investigate the physiology of nerve, by differentiation of sensory and motor branches.

NIEDROŻNOŚĆ ZROSTOWA PRZEWODU POKARMOWEGO: OPERACJA CZY LECZENIE ZACHOWAWCZE?

Marek Dobosz

Zrosty wewnątrztrzewnowe stanowią nieuchronny „produkt” chirurgii jamy brzusznej i są główną przyczyną niedrożności jelita cienkiego. U 12-17% chorych po laparotomii wystąpi niedrożność, 3% w czasie pierwszego roku. Śmiertelność w wyniku niedrożności zrostowej sięga 10%. Początkowe leczenie niedrożności polega na postępowaniu zachowawczym: głodówka, sonda żołądkowa, infuzja płynów dożylnych, utrzymywanie homeostazy oraz ostrożne stosowanie środków p-bólowo-rozkurczowych. Postępowanie takie w 70% przypadków jest skuteczne. Największym zagrożeniem dla chorego w tym czasie jest niedokrwienie jelita w wyniku zadzierzgnięcia. Stan taki objawia się silnym, narastającym bólem, zaznaczonymi objawami otrzewnowymi, występowaniem toksemii, gorączki, w obrazie rtg „zamkniętą pętlą”. W takiej sytuacji, by uniknąć martwicy jelita z wszelkimi konsekwencjami, wskazana jest szybka interwencja chirurgiczna. W pozostałych przypadkach, zwłaszcza

u chorych po wielokrotnych laparotomiach, należy dążyć do leczenia zachowawczego lub chirurgii elektywnej. W podjęciu decyzji terapeutycznej ważną rolę odgrywa wielokrotnie powtarzane badanie kliniczne. Badania radiologiczne (zdjęcie rtg „na stojąco”, TK jamy brzusznej) mają znaczenie pomocnicze. Podanie „per os” gastrografiny lub barytu i wykonanie pasażu przewodu pokarmowego może mieć znaczenie terapeutyczne. W zapobieganiu kolejnych zrostów i potencjalnych incydentów niedrożności ważną rolę odgrywa technika chirurgiczna, ograniczenie koagulacji, unikanie ciał obcych, utraty krwi. Substancje antyadhezyjne (np. ADEPT) podawane do jamy otrzewnej wydaje się obiecujące w prewencji zrostów. Chirurgia laparoskopowa w leczeniu niedrożności zrostowej ma ograniczone znaczenie i może być stosowana do wybranych przypadków.

OPATRUNKI HEMOSTATYCZNE W CHIRURGII OPARZEŃ

Wojciech Witkowski (Oddział Kliniczny Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń Centralny Szpital Kliniczny MON
Wojskowy Instytut Medyczny 04-141 Warszawa ul. Szaserów 128)

Wycięcie rany oparzeniowej zwykle skutkuje znaczną, a czasem masową utratą krwi. Wycięcie tangencjalne, szczególnie po 48 godzinach od oparzenia i później powoduje przewidywalną i zwiększającą się z czasem śródoperacyjną utratę krwi, nie pozwalającą na wycinanie powierzchni oparzenia większej niż 15-20% całkowitej powierzchni ciała. Do strat krwi dochodzi również w rezultacie jednoczasowego pobierania przeszczepów skóry oraz krwawień pooperacyjnych ze wszystkich okolic podlegających działaniom chirurgicznym. W wyniku wieloletnich badań koncepcyjno-naukowych, konstrukcyjnych, wdrożeniowych i klinicznych polskich ośrodków naukowych i firm medycznych powstał złożony, nowoczesny i nowatorski chitozanowy, powierzchniowy opatrunek przeciwkrwotoczny. Po wieloletnich badaniach klinicznych prowadzonych w WIM opatrunek doczekał się produkcji seryjnej na podstawie wymaganych prawem zezwoleń. Zespół kierowany przez autora dokonał implementacji materiału do chirurgicznego leczenia oparzeń jako materiału czasowo pokrywającego ranę po oczyszczeniu zaawansowanymi technikami hydrochirurgii (Water-Jet) będącymi elementem nowej koncepcji operacyjnego oczyszczania rany oparzeniowej (ostra nekrektomia) z pierwotnym odroczeniem zamknięcia definitywnego z użyciem tego materiału działającego i przeciwkrwotocznie i jako pokrywa czasowo zastępująca skórę.

Materiał i metody

Analizowano 350 wczesnych wycięć lub stycznych debridement rany oparzeniowej wykonanych technologią i techniką water-jet lub kombinowaną z zastosowaniem pierwotnego odroczenia definitywnego zamknięcia oczyszczonej rany oparzeniowej z użyciem czasowego materiału pokrywającego ranę w formie złożonego opatrunku hemostatycznego Tromboguard.

Wyniki

Opracowany i przebadany w WIM złożony, hitozanowy opatrunek hemostatyczny nie miał w badanym materiale klinicznym dającego się udowodnić wpływu na śródoperacyjną utratę krwi podczas zabiegów oczyszczenia ran oparzeniowych, o głębokości wymagającej debridement lub stycznego wycięcia chirurgicznego. Był jednak zauważalnie skuteczny jako zmniejszający pooperacyjną utratę krwi z okolic podlegających działaniu chirurgicznemu; zarówno miejsc oczyszczenia jak i pobrania przeszczepów skóry. Po raz pierwszy udało się przekroczyć granicę możliwości wycięcia (debridement) rany oparzeniowej do powierzchni ponad 20% CPC (w jednym przypadku wycięto 40% CPC) bez obciążenia śmiertelnym krwotokiem.

Wniosek

Złożony opatrunek hemostatyczny, aktualnie produkowany seryjnie przez TZMO prezentuje obiektywnie udowodnialną, pozytywną wartość kliniczną w chirurgicznym leczeniu oparzeń.

ROLA PRODUKTÓW BIOTECHNOLOGII W LECZENIU RANY OPARZENIOWEJ

Marek Kawecki, Diana Kitala, Justyna Glik, Wojciech Łabuś, Agnieszka Klama-Baryła

(Z Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich; I Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej)

Oparzenia są globalnym problemem zdrowia publicznego. Wg danych WHO stanowią przyczynę zgonu 265 000 osób na świecie w skali każdego roku. Rozległe ubytki skóry spowodowane ciężkimi oparzeniami są negatywnym czynnikiem prognostycznym, dlatego konieczne jest szybkie i definitywne zamknięcie ran. Klasyczny sposób zamiany rany oparzeniowej na chirurgiczną polegający na resekcji martwicy i zastosowaniu autologicznego przeszczepu skóry nie jest możliwy u chorych z deficytem pól dawczych. Rozwój biotechnologii stworzył nowe możliwości skutecznego leczenia rany oparzeniowej. Istnieje kilka metod, pozwalających na poprawę jakości nowo wytwarzanej skóry w łóżysku rany, a jedną z nich jest zapewnienie tymczasowych rusztowań ułatwiających wypełnienie komórkom i ich produktom ubytku skórno. Substytuty skórne, takie jak bezkomórkowa allogeniczna macierz skóry (ADM), mogą z powodzeniem być wykorzystane do pokrycia rany, zapobiegając infekcji i konwersji głębokości uszkodzenia tkanek (np. Alloderm, DermA-CELL). Skutecznym substytutem pochodzenia biologicznego jest skóra allogeniczna. Służy do zaopatrywania rozległych ran w przypadku braku dostatecznej ilości autologicznej skóry do przeszczepu i testowania stopnia przygotowania podścieliska rany na przyjęcie autologicznego przeszczepu oraz zabezpieczania ran po escharotomii. W przypadku oparzeń pośredniej głębokości skóry może być procedurą definitywną. Nowym substytutem skóry są matryce acellularne, allogeniczne lub ksenogeniczne, składające się z elementów macierzy pozakomórkowej (ADM). Pozwalają na uzyskanie

nieimmunogenego przeszczepu, a zasiedlone de novo przez komórki biorcy uzyskane In vitro mogą stać się tzw. żywym substytutem skóry. Odpowiednio zastosowane mają zdolność modulowania etapów gojenia poprzez wspomaganie i indukcję przejścia z okresu zapalenia wysiękowego poprzez ziarninę do bliznowacenia i funkcjonalnej przebudowy nowych tkanek. Pomiedzy macierzą pozakomórkową a komórkami wprowadzonymi do matrycy dochodzi do wzajemnego oddziaływania, co ma wpływ na migrację, proliferację i różnicowanie komórek. Podano zalety stosowania ADM w leczeniu oparzeń oraz przykłady kliniczne leczenia allogeniczną i ksenogeniczną matrycą acellularną w materiale Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Skomentowano zasadę działania komórek macierzystych w leczeniu oparzeń, omówiono procedury przygotowywania preparatów i aplikacji oraz podano przykłady kliniczne leczenia oparzeń z zastosowaniem autologicznych komórek macierzystych uzyskanych z tkanki tłuszczowej oraz allogenicznych z owodni. Oceniono skuteczność poszczególnych procedur medycznych w procesie przygotowania rany oparzeniowej do aplikacji substytutów skóry uzyskanych metodą biotechnologiczną: miejscowej terapii podciśnieniem, hydrochirurgii, opatrunków specjalistycznych i podano standardy antybiotykoterapii w zwalczaniu infekcji. Zastosowanie produktów biotechnologii otworzyło nowe perspektywy w leczeniu rany oparzeniowej, warunkiem powodzenia jest właściwe i rozważne przygotowanie rany do aplikacji.

PROBIOTYKI W PROFILAKTYCE ZAKAŻEŃ U CHORYCH NA MARSKOŚĆ WĄTROBY

Michał Grąt (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Probiotyki, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO), to „drobnoustroje, które podawane człowiekowi w odpowiednich ilościach korzystnie wpływają na stan jego zdrowia”. Liczne dostępne w piśmiennictwie badania wskazują na istotne znaczenie osi jelitowo-wątrobowej w patogenezie marskości wątroby. Ilościowe i jakościowe zaburzenia w zakresie mikroflory jelitowej są niezwykle często obserwowane u chorych na marskość wątroby. Ponadto, zaburzenia w zakresie układu immunologicznego oraz wzrost przepuszczalności bariery jelitowej, prowadzące do zjawiska translokacji bakterii poza światło przewodu pokarmowego, czynią tę populację niezwykle podatną na zakażenia. Z tego względu, problematyka ograniczania ryzyka zakażeń poprzez suplementację preparatów zawierających probiotyczne szczepy drobnoustrojów była tematem licznych randomizowanych badań klinicznych. Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że podawanie probiotyków chorym na marskość wątroby leczonym zachowawczo jest bezpieczne i może prowadzić do poprawy funkcji wątroby, ograniczenia endotoksemii i wydzielania cytokin prozapalnych, jednak najprawdopodobniej nie prowadzi do zmniejszenia ryzyka zakażeń. Całkowicie odmienne wyniki

uzyskano jednak w badaniach oceniających skuteczność probiotyków podawanych w okresie okołoperacyjnym w zmniejszaniu częstości występowania zakażeń po transplantacji wątroby. Dotychczas przeprowadzono i opublikowano wyniki 4 randomizowanych badań klinicznych (w tym jednego przeprowadzonego w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego) oraz jednego badania prospektywnego z historyczną kohortą kontrolną. Pomimo różnic w zakresie rodzaju szczepów i czasu podawania preparatu, wszystkie analizy wskazały na znaczące ograniczenie ryzyka zakażeń we wczesnym okresie po transplantacji wątroby związane z podawaniem probiotycznych szczepów drobnoustrojów. Obserwowana częstość zakażeń po transplantacji wątroby w grupach chorych, którym podawano probiotyki zawierała się w zakresie 3%-13%, podczas gdy w grupach kontrolnych wyniosła 24%-48%. Niestety, dotychczas brakuje danych dotyczących wpływu podawania probiotyków na ryzyko zakażeń pooperacyjnych u chorych na marskość wątroby poddawanych częściowej resekcji miększu.

CHIRURGIA WOJSKOWA – MIEJSCE W HISTORII CHIRURGII

Edward Stanowski (Wojskowy Instytut Medyczny Warszawa, Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Klatki Piersiowej, Kierownik Kliniki Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik)

Osoby opatrujące rany od wieków towarzyszą uczestnikom walk niezależnie od liczby walczących, rodzaju broni stosowanej w walce, zarówno atakującym jak i broniącym się. W dawnych czasach byli to współtowarzysze walki, z czasem były to osoby mniej lub bardziej wyszkolone udzielające pomocy zgodnie z zasadami ówczesnej wiedzy medycznej. Obecnie są to systemy zapewniające pierwszą pomoc na polu walki, szybki transport do szpitala o różnym stopniu referencyjności. W szpitalu najbliżej linii frontu wykonywane są operacje ratujące życie (damage control). Po ustabilizowaniu stanu ranny jest transportowany do szpitala o wyższym stopniu referencyjności gdzie wykonywane są operacje specjalistyczne. Opracowania dotyczące leczenia ran postrzałowych były liczne. Jednak najwyższy poziom przedstawia monografia opracowana w roku 1547 przez Hansa von Gersdorffa – bogato ilustrowana, świadcząca o dużej wiedzy autora. Chirurgiem o dużym doświadczeniu w leczeniu ran pola walki był chirurg francuski Ambroży Pare. Chirurg czterech królów Francji, mistrz amputacji, którą wykonywał poniżej 1 minuty. W amputacjach wrócił do szkoły Aleksandryjskiej stosując podwiązanie naczyń. Ważnym jego osiągnięciem było odejście od polewania ran wrzącym olejem, stosując w zamian olejek różany. Ważnym problemem od wieków było wywiezienie rannych z pola walki.

Już w czasie wojen napoleońskich zastosowano przystosowane do tego celu dyliżansy Chirurgia wojskowa (wojenna) w czasie ostatnich konfliktów zbrojnych (Korea, Wietnam Bliski Wschód). Chirurgia wojskowa (wojenna) dysponując masowymi stratami sanitarnymi ma możliwości opracowywania nowoczesnych sposobów postępowania, które mogą być wykorzystane w chirurgii czasu pokoju (opaska uciskowa – krępulec, walka ze wstrząsem i wiele innych). Opracowano także postępowanie w obrażeniach rzadko spotykanych w czasach pokoju (obrażenia wywołane falą podmuchu, minami i innymi środkami masowego rażenia). Wojna jest zawsze nieszczęściem dla społeczeństwa, szczególnym przykładem jest 2-ga wojna światowa, podczas której naziści próbowali zniszczyć polską inteligencję, likwidując wyższe uczelnie. Najwyższy podziw i uznanie budzi zorganizowanie wyższego szkolnictwa medycznego podczas okupacji, w którym uczestniczyli wybitni specjaliści także chirurdzy. Podobnie jak szczególnym uznaniem drżymy udzielanie pomocy chirurgicznej rannym powstańcom powstań narodowych do Powstania Warszawskiego włącznie (Rafał Czerwiakowski, Ludwik Rydygier). W każdym kraju chirurgia wojskowa związana jest z chirurgią czasu pokoju, wzajemna wymiana doświadczeń służy postępowi i rozwojowi chirurgii, jako całości.

NIEODWRACALNA ELEKTROPORACJA W LECZENIU CHORYCH Z NOWOTWORAMI WĄTROBY I DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

Krzysztof Dudek, Tadeusz Wróblewski, Krzysztof Zieniewicz

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

Obecnie mija 11 lat od chwili wprowadzenia nieodwracalnej elektroporacji - IRE (Irreversible Electroporation) w leczeniu chorych z chorobami nowotworowymi na świecie oraz 5 lat od zastosowania jej w Polsce. Pierwsze zabiegi z użyciem IRE zostały przeprowadzone w marcu 2012 roku we Wrocławiu i Bydgoszczy, a dotyczyły one nowotworów prostaty i nerki. W kwietniu 2012 w Klinice wykonano zabiegi IRE u chorego z nowotworem wątroby i było to zarazem pierwsze zastosowanie tej metody w nowotworach wątroby w Polsce. Początkowo stosowanie tej metody było oceniane bardzo sceptycznie, zważywszy na niewielkie doświadczenie, powikłania po pierwszych zabiegach oraz niejednoznaczną ocenę skuteczności. Z czasem wiedza i doświadczenie pozwoliły na rozszerzenie wskazań do IRE w pierwotnych i wtórnych nowotworach wątroby. Procedura jest nadal wymagająca, czasochłonna i trudna, ze względu na samą precyzję zabiegu oraz lokalizację, wielkość i liczbę zmian poddawanych ablacji.

Uzyskiwane wyniki ciągle istotnie odbiegają od oczekiwanych. Wśród głównych powodów niezadawalających wyników odległych wymienia się: a) przyczyny proceduralne: krzywa uczenia, trudności implantacji oraz aspekty techniczne samego zabiegu, b) kwalifikację chorych do zabiegów paliatywnych w zbyt zaawansowanym stadium choroby, c) progresję choroby poza obszarem ablacji. Doświadczenia w zastosowaniu IRE są nadal niewielkie, przez co pozostają w cieniu sprawdzonych metod lokoregionalnych jakimi są ablacje termiczne, które stosowane od blisko 30 lat, obecnie mają ugruntowaną pozycję w standardach leczenia nowotworów wątroby.

Do chwili obecnej w naszym ośrodku do zabiegu nieodwracalnej elektroporacji wstępnie rozpatrywano 69 chorych z pierwotnymi i wtórnymi nowotworami wątroby. Ze względu na zaawansowanie choroby nowotworowej do zabiegu zakwalifikowano 32 chorych (46,3%). Ostatecznie IRE wykonano u 30 chorych (śródoperacyjne w jednym przypadku odstąpiono od zabiegu z powodu rozsiewu choroby nowotworowej, a w drugim wykonano resekcję wątroby). Najczęstszym wskazaniem do zabiegu były przerzuty do wątroby stwierdzone u 24 chorych. U pozostałych 6 - wskazaniem były pierwotne nowotwory wątroby. U 26 chorych wykonano laparotomię, a u 4 chorych - zabiegi przezskórne pod kontrolą USG i CT. Powikłania obserwowano u 4 chorych: w 2 przypadkach śródoperacyjne zaburzenia rytmu i 2 przypadkach po zabiegach przezskórnych stwierdzono późne torbiele rzekome trzustki. Średni czas obserwacji wynosi $11,2 \pm 6,5$ miesiąca. Nawrót choroby obserwowano u 4 chorych z pierwotnymi nowotworami wątroby oraz u 14 chorych z chorobą przerzutową, z czego w 77,7 % dotyczył progresji poza miejscem ablacji.

Oceniając zasadność przeprowadzonych zabiegów IRE należy podkreślić, iż nie ma innego alternatywnego leczenia chirurgicznego dla tej grupy chorych. Skuteczność miejscowa leczenia jest coraz lepsza dzięki nabywanemu doświadczeniu, a ryzyko powikłań maleje. Nowe nadzieje wiążemy z wprowadzeniem metody w leczeniu chorych z nowotworami dróg żółciowych. Uważamy także, iż porównywanie IRE do ablacji termicznych RFA/MWA jest obecnie niecelowe i nieracjonalne z racji zupełnie innych celów tych zabiegów.

IRREVERSIBLE ELECTROPORATION OF LOCALLY ADVANCED PANCREATIC CANCER – LESSONS LEARNED AFTER 150 PROCEDURES

Mathias Birth, Sandra Nieland, Sarah Hilswicht, Daniel Busch

(Department of Surgery, Helios Hanseklínikum Stralsund, Germany)

Irreversible electroporation (IRE) is a relatively new, non-thermal ablation technique mainly used in prostate cancer and liver masses. IRE utilizes a series of short, high-voltage pulses conducted via needle-electrodes. The induced microporation of the cell membranes leads to irreversible defects causing cell death. Since IRE is a non-thermal ablation technique it does not have the side-effects of those methods such as the heat sink effect or thermal damage of vulnerable nearby structures. IRE can thus also be used close to blood vessels. Therefore IRE is a suitable method for treatment of locally advanced pancreatic cancer.

Only up to 20% of all patients diagnosed with pancreatic cancer are eligible for a surgical oncological resection, which – to date – is the only available cure. Even with a complete surgical resection (R0) patients have a poor prognosis with a 5-year survival rate of 20-25%. The main reason for unresectability is a tumor encasement of vital arteries such as the coeliac trunk or the superior mesenteric artery. In this case the only therapeutic option according to guidelines is a palliative chemotherapy or combined radiochemotherapy. Martin et al. could show that IRE is a safe method with a potentially improved overall survival in patients with locally advanced pancreatic cancer smaller 4cm in diameter when compared with palliative chemotherapy alone.

In our clinic we started IRE treatment in February 2015 and have up to date treated 152 patients with locally advanced pancreatic cancer who were not suitable for a surgical resection. We use an open surgical approach via transverse

upper abdominal laparotomy under general anaesthesia. After opening of the omental bursa up to six needle-electrodes are directly inserted into the tumor guided by high-resolution ultrasound.

During the procedure the patient requires deep neuromuscular blockade to prevent muscular excitation. After adjusting the system for optimal energy delivery we apply 90 cycles of ultra-short (90ms) high-voltage (up to 3000V) pulses under cardiac synchronization aiming at approximately 30 amperes. After removing the needle-electrodes from the tissue, the puncture holes are sutured to prevent pancreatic fistulas. A drain is placed and checked for pancreatic enzymatic activity regularly on pod 1 and 3. On pod 6 a contrast enhanced CT-scan is performed to check for potential complications. This scan defines the baseline for further follow-up. Patients are usually dismissed 6-8 days post IRE.

Main potential complications are bleeding, chronic pain, delayed gastric emptying and pancreatic fistula. Exclusion criteria for IRE treatment are metastatic disease, duodenal infiltration or infiltration of other surrounding organs and the presence of a bare metal stent in the common bile duct. Since long-term results are lacking IRE should only be used as palliative treatment option in unresectable pancreatic cancer and randomized, prospective studies are needed.

We will give an introduction of the IRE procedure in patients with locally advanced pancreatic cancer and give an insight in our 2,5 years of experience with the method.

GASTRIC CANCER: WORLDWIDE TRENDS IN STANDARDS FOR SURGICAL TREATMENT

Hans-Joachim Meyer (German Society of Surgery, Berlin, Germany)

Although the incidence of gastric cancer is decreasing worldwide, the prognosis is still poor. Contrary to Asian countries, there are no effective prevention programs in the Western world, which is resulting frequently in locally advanced or metastatic stages of this disease. Furthermore, the tumor site at the esophago-gastric junction is increasing. Complete (R0) resection is the therapy of choice for resectable gastric cancer in the concept of individual treatment strategies. Mucosa carcinomas can be endoscopically resected with curative intent. Primary gastric resection, i.e. subtotal distal- or (extended) total gastrectomy, can be carried out in stage Ib and II. Systematic D2-lymphadenectomy according to

the Japanese classification plays an important role in the management of local advanced tumor stages. The jejunal loop according to ROUX-en-Y is most commonly used for the reconstruction of the upper GI-tract after respective procedures. Pre-/perioperative radiochemo- (in junctional tumors) and chemotherapy can lead to a downsizing or – staging in stage III and IV often followed by a R0-resection. Palliative chemotherapy is indicated for metastatic disease but in potentially resectable oligometastasis in the liver or peritoneum patients can benefit from surgery within a multimodal therapeutic concept including HIPEC. But in this setting further randomized trials have to be performed.



68 Kongres
Towarzystwa Chirurgów Polskich
68th Congress of the Association of Polish Surgeons

**DONIESIENIA
USTNE**

LAPAROSKOPOWA APPEKDEKTOMIA – CZY JEST BEZPIECZNA W RĘKACH REZYDENTA CHIRURGII OGÓLNEJ?

Maciej Matyja (II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska),

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska),

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska),

Marcin Strzałka (II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska),

Artur Kacprzyk (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska),

Jakub Droś (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska),

Marek Winiarski (II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska),

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska)

Wstęp

Operacje usunięcia wyrostka robaczkowego z powodu jego ostrego zapalenia są najczęściej wykonywanymi zabiegami w czasie ostrego dyżuru chirurgicznego. Coraz częściej zabiegi te wykonywane są sposobem laparoskopowym. Laparoskopowa appendektomia jest również jednym z pierwszych zabiegów wykonywanych przez lekarzy rezydentów w trakcie szkolenia specjalizacyjnego.

Cel pracy

Celem pracy jest porównanie wyników leczenia appendektomii wykonywanej techniką małoinwazyjną przez lekarzy rezydentów w trakcie szkolenia specjalizacyjnego i lekarzy specjalistów chirurgii ogólnej.

Metodyka

Przeprowadzono retrospektywną analizę porównawczą dwóch grup chorych operowanych laparoskopowo z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w latach od 2009 do 2016 r. w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Grupę pierwszą stanowili chorzy operowani przez lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z chirurgii ogólnej. Grupę drugą stanowili chorzy operowani przez lekarzy specjalistów. Analizie poddano następujące parametry: częstość występowania powikłań, czas trwania zabiegu, długość hospitalizacji.

Wyniki

Badaniem objęto 504 chorych. Grupa I składała się z 299 chorych (59,33%), grupa II z 205 (40,67%). Grupy nie różniły się pomiędzy sobą następującymi parametrami: wiekiem, płcią, skalą ASA, skalą VAS, przedoperacyjnym poziomem CRP oraz leukocytozy, historią poprzednich zabiegów operacyjnych w obrębie jamy brzusznej. Czas hospitalizacji był krótszy w grupie I ($p = 0,046$, mediana: 3 dni, IQR 2–4) niż w grupie II (mediana: 3 dni, IQR 2–5). Nie stwierdzono różnicy w średnim czasie zabiegu ($p = 0,379$), liczba powikłań śródoperacyjnych ($p = 0,706$), konwersji ($p = 0,852$), powikłań pooperacyjnych ($p = 0,505$), reoperacji ($p = 0,767$).

Wnioski

Laparoskopowa appendektomia wykonywana przez lekarzy rezydentów jest metodą bezpieczną i efektywną. Operacja ta przeprowadzona przez lekarza w trakcie szkolenia nie ma negatywnego wpływu na wyniki leczenia.

NAJSTARSZA PRACOWNIA ENDOSKOPOWA W POLSCE – 45 LAT DOŚWIADCZENIA POJEDYNCZEGO CENTRUM ENDOSKOPOWEGO W I KATEDRZE CHIRURGII UNIwersYTETU Jagiellońskiego Collegium Medicum W KRAKOWIE

Szymon Pietruszka (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków),

Benita Siarkiewicz (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków),

Agata Paradowska (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków),

Aleksander Zając (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków),

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Rozwój endoskopii giętkiej oraz powszechny dostęp do badań wideoskopowych wprowadziły chirurgię w nową erę diagnostyki obrazowej przewodu pokarmowego. Równoległy postęp endoskopii zabiegowej upowszechnił bezpieczne wykonywanie procedur terapeutyczno-interwencyjnych, przyczyniając się do powstania nowej gałęzi z pogranicza chirurgii i gastrologii – endoskopii zabiegowej. 45-letnia działalność pracowni endoskopowej I Katedry Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego jest przykładem skutecznej implementacji endoskopii w codzienną praktykę chirurgii klinicznej.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie doświadczenia oraz efektów 45-letniej działalności jednej z najstarszych pracowni endoskopowych w Polsce w latach 1972–2017.

Metodyka

Analizie retrospektywnej poddano bazę procedur endoskopowych wykonanych w latach 1972–2017 w pojedynczym ośrodku chirurgicznym z pracownią endoskopową, z uwzględnieniem procedur śródoperacyjnych oraz efektów programu kształcenia.

Wyniki

W analizowanym okresie w pracowni endoskopowej I Katedry Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wykonano 201 286 badań endoskopowych (152 233 badania diagnostyczne, 45 647 terapeutyczne, 3406 śródoperacyjne). Dzięki programowi kształcenia pracownia wykształciła ponad 30 certyfikowanych endoskopistów. Pomimo spadku liczby wykonywanych badań obecnie w ośrodku wykonuje się ponad 3300 badań endoskopowych rocznie.

Wnioski

Doświadczenie zdobyte przez pracownię endoskopową I Katedry Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz wyszkolenie zespołu endoskopowego pozwoliło na rozpowszechnienie endoskopii diagnostycznej i zabiegowej na terenie południowej Polski. Endoskopia pozostaje niezastąpioną gałęzią z pogranicza chirurgii i gastrologii, zapewniając pacjentom powszechny dostęp do badań diagnostycznych i terapeutycznych.

MINI-INVASIVE DECOMPRESSION PUNCTURE OF GALLBLADDER IN ACUTE CHOLECYSTITIS TREATMENT

Petr Harelik (Grodno State Medical University, Grodno, Białoruś),

Anatoli Dziashuk (Grodno State Medical University, Grodno, Białoruś)

Introduction

Nowadays, treatment of acute cholecystitis still seems to be a challenge. Most of the patients face increased operational and anesthesiological risk due to the presence of comorbidities in the subcompensation and decompensation stages which can lead to lethal outcome when performing radical surgery. That is the reason why a decision to operate such patients under general anesthesia proves to be so difficult.

Aim

The aim of the study was to analyze the treatment results of patients with acute cholecystitis treated in the General Surgery Clinic of Grodno State Medical University located in 4th City Clinical Hospital in Grodno.

Methods

The analysis included the treatment results of 649 patients with acute cholecystitis treated in the Clinic from January of 2011 to May of 2017. There were 407 women (62.7%) and 242 men (37.3%) and 327 of them (50.4%) were older than 60. 196 patients (30.2%) had pronounced comorbidities. The degree of operational and anesthesiological risk according to ASA was assessed as 3 and up.

Results

After admission to the Clinic, all 649 patients with acute cholecystitis were prescribed conservative therapy. Due to its inefficiency, within 24–48 hours percutaneous transhepatic sanitation-decompression puncture of the gallbladder under ultrasound guidance was performed on 47 patients (7.2%). There was a significant improvement of their condition after the surgery, including the disappearance of pain and signs of inflammation in the gallbladder during ultrasound control, and laboratory normalization of blood count.

Conclusions

Percutaneous transhepatic sanitation-decompression gallbladder puncture under ultrasound guidance is an alternative method for the relief of acute cholecystitis in elderly patients with high operational and anesthesiological risk. Such mini-invasive operation can be performed as a palliative method to save life of the patient when the ASA risk of radical surgery is very high.

THE EXPERIENCE IN THE APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Oleh Kudelich (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),

Gennadij Kondratenko (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),

Alexei Protasevich (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś)

Introduction

The treatment of acute necrotizing pancreatitis (ANP) remains a complex and engrossing problem of urgent abdominal surgery.

Aim

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of minimally invasive surgical interventions under ultrasound guidance in complex treatment of patients with ANP.

Methods

The results of treatment of 161 patients with ANP within the period from 2008 to 2016 were analyzed. The patients were treated with minimally invasive surgical interventions under ultrasound guidance. The average age was 45 years, and there were 3 times as many men as women. The indications to perform a minimally invasive surgery were effusion and fluid collection in abdominal cavity, valid clinical assumption of infected pancreatic necrosis, and biliary hypertension.

Results

Minimally invasive treatment was ineffective and required further open drainage surgeries for open laparotomic access in 41 cases (25.5%). The number of repeated operations among these patients varied from 2 to 5. The indications for the traditional open surgery were infected pancreonecrosis, retroperitoneal phlegmon, intra-abdominal bleeding, inefficiency of minimally invasive procedures (the presence of large sequestration according to CT fistulography), and complications of the puncture drainage. The complications of immediate primary percutaneous drainage were noted in 23 cases (14.3%). 3 patients had early bleeding (all patients were urgently operated; 2 lethal outcomes from myocardial infarction and respiratory failure). In 10 cases, the drainage was established through stomach (6) and transverse colon (4); 3 elderly patients were operated (fatal outcomes in the late postoperative period from acute cardiovascular and multiple organ failure). Dropout or displacement of the drainage, which required re-drainage, was noted in 10 cases. The total postoperative mortality was 8.7% (14 patients).

Conclusions

According to the data, in most cases (74.5% – 120 patients) the use of minimally invasive interventions combined with complex conservative therapy in ANP allowed us to stop the pathological process. In 25.5% of the cases, further open drainage surgeries were required. The use of minimally invasive technologies in combination with conservative therapy in this category of patients made it possible to intensify the detoxification effect, stabilize the patient's condition and perform open operations in more favorable conditions.

LAPAROSKOPOWA SPLENEKTOMIA Z POWODU SAMOISTNEJ PLAMICY MAŁOPŁYTKOWEJ Z U CHORYCH Z BARDZO NISKIM POZIOMEM PŁYTEK KRWI

Anna Zychowicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków, Polska),
Anna Lasek (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków, Polska),
Dorota Radkowiak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków, Polska),
Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków, Polska),
Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków, Polska),
Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków, Polska),
Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJCM, Kraków, Polska)

Wstęp

Laparoskopowa splenektomia jest obecnie złotym standardem w leczeniu samoistnej plamicy małopłytkowej (ITP). Przygotowanie do zabiegu chorych z ITP bywa trudne z uwagi na niski poziom płytek krwi (PLT). Powszechnie uważa się, że minimalny poziom PLT to 50 000/mm³, który nie zawsze jest możliwy do uzyskania u chorych z ITP i wymusza konieczność operacji chorych z niższymi wartościami PLT.

Cel pracy

Celem pracy była analiza wyników leczenia chorych z niskimi przedoperacyjnymi poziomami PLT (< 50 000/mm³) w porównaniu z pacjentami z PLT powyżej 50 000/mm³.

Metodyka

Do badania zostali włączeni chorzy operowani z powodu samoistnej plamicy małopłytkowej w latach 1998–2016. Wskazaniem do zabiegu było nieskuteczne leczenie zachowawcze lub jego powikłania. Metodą operacyjną z wyboru była laparoscopia przez cztery porty. Badaną grupę podzielono na dwie podgrupy w zależności od poziomu płytek krwi oznaczanych 24 godziny przed zabiegiem. Poziom 50 000 mm³ został uznany jako punkt odcięcia. Do grupy 1 włączono pacjentów z poziomem PLT < 50 000/mm³, a do grupy 2 – z poziomem PLT > 50 000/mm³. Punktami końcowymi badania były: czas trwania zabiegu operacyjnego, śródoperacyjna utrata krwi, odsetek konwersji i częstość powikłań pooperacyjnych.

Wyniki

Spośród 543 chorych, u których wykonano laparoskopową splenektomię, u 238 wykonano ją z powodu ITP. Do analizy włączono 194 chorych (120 kobiet i 74 mężczyzn). Grupa 1 liczyła 55 chorych (średni poziom PLT = 32,1 tys./mm³; SD 13,6 tys./mm³). Grupa 2 liczyła 139 chorych (średni poziom PLT = 118,1 tys./mm³; SD 59,8 tys./mm³). Średni czas trwania zabiegu operacyjnego w grupach 1 i 2 wynosił odpowiednio 90 minut (SD 42,1) i 95 minut (SD 45,0), $p = 0,59$. Średnia śródoperacyjna utrata krwi w grupach 1 i 2 wynosiła kolejno 144 ml (SD 226,1) i 83 ml (SD 161,24), $p = 0,23$. Odsetek powikłań w grupie 1 wyniósł 7,2% oraz 9,3% w grupie 2 ($p = 0,67$). Konwersja konieczna była u 2 chorych z grupy 2.

Wnioski

Laparoskopowa splenektomia u chorych z ITP jest bezpieczna także w grupie pacjentów ze skrajnie niskimi wartościami płytek krwi.

ANGIOPLASTYKA ZWĘŻEŃ PRZETOK TĘNICZO-ŻYŁNYCH DO DIALIZ WYKONYWANA POD KONTROLĄ ULTRASONOGRAFII

Wojciech Witkiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wrocław, Polska),

Norbert Zapotoczny (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wrocław, Polska),

Anna Łoś (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wrocław, Polska),

Krzysztof Dyś (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Zakład Radiologii, Wrocław, Polska),

Jakub Turek (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wrocław, Polska)

Wstęp

Balonowa angioplastyka zwężeń przetok dializacyjnych jest jedną z najczęściej wykonywanych technik, pozwalających utrzymać drożność dostępu naczyniowego; obecnie staje się złotym standardem postępowania. Jest wykonywana w pracowniach naczyniowych pod kontrolą fluoroskopii, co limituje jej szerszą dostępność, zwłaszcza u pacjentów wymagających pilnej dializy. Opracowanie techniki wykonywania operacji angioplastyki zwężeń przetok dializacyjnych pod kontrolą ultrasonografii pozwoliło na jej szersze zastosowanie, skróciło czas trwania procedury oraz pozwoliło uniknąć ryzyka związanego z promieniowaniem jonizującym i zastosowaniem nefrotoksycznego środka cieniującego.

Cel pracy

Celem pracy była ocena skuteczności i bezpieczeństwa angioplastyki zwężeń przetok dializacyjnych, wykonywanej pod kontrolą ultrasonografii.

Metodyka

Wskazaniem do angioplastyki balonowej jest objawowe zwężenie przetoki tętniczo-żyłnej z naczyń własnych lub protezy naczyniowej, powodujące obniżenie przepływu krwi lub bezobjawowe krytyczne zwężenie. Do angioplastyki balonowej pod kontrolą USG mogą być zakwalifikowani pacjenci ze zwężeniem zlokalizowanym poniżej żyły podobojczykowej – a więc dostępnym w USG.

Wyniki

Między styczniem 2014 r. a październikiem 2016 r. do angioplastyki balonowej pod kontrolą USG zakwalifikowano 99 pacjentów (64 mężczyzn i 35 kobiet) ze zwężeniem przetoki dializacyjnej. Wykonano łącznie 129 operacji. U 23 chorych procedurę poprzedzała trombektomia. W 124 przypadkach angioplastyka była skuteczna, natomiast 22 chorych wymagało ponownej angioplastyki z powodu restenozy. Nie zaobserwowano istotnych komplikacji.

Wnioski

- 1) Zastosowanie USG pozwala obniżyć ryzyko związane z promieniowaniem jonizującym.
- 2) Wskaźnik drożności pierwotnej jest wysoki i porównywalny z operacjami wykonywanymi techniką klasyczną.
- 3) Angioplastyka balonowa pod kontrolą USG stanowi skuteczną alternatywę dla fluoroskopii.

ŁUDZKI BEZKOMÓRKOWY PRZESZCZEP NACZYNIOWY UZYSKANY METODAMI INŻYNIERII TKANKOWEJ – PRZYSZŁOŚĆ DOSTĘPÓW NACZYNIOWYCH DO HEMODIALIZY

Wojciech Witkiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, Polska),
Norbert Zapotoczny (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, Polska),
Krzysztof Dys (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, Polska),
Małgorzata Guzewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, Polska),
Anna Łoś (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, Polska),
Jakub Turek (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, Polska)

Wstęp

Najlepszym dostępem naczyniowym dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, u których nie można wytworzyć przetoki z naczyń własnych, jest proteza naczyniowa ePTFE. Protezy PTFE są podatne na zakrzepice, infekcje oraz zwężenia w zespoleniu żylnym, związane z przerostem błony wewnętrznej, co powoduje krótką żywotność dostępu. Alternatywę może stanowić proteza biologiczna, wytworzona metodami bioinżynierii tkankowej – ludzkie bezkomórkowe naczynie Humacyl. Bardzo obiecujące wstępne wyniki II fazy badania klinicznego, po roku obserwacji, opublikowano w „The Lancet” w maju 2016 r.

Cel pracy

Ocena wyników wszczepienia ludzkiego bezkomórkowego przeszczepu naczyniowego u pacjentów włączonych do badania Humacyte, w ośrodku wrocławskim, po 37 miesiącach obserwacji.

Metodyka

Do badania włączono 60 pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek z 6 ośrodków w USA i Polsce – w tym 11 pacjentów z naszego szpitala. Chorym wytworzono dostęp do dializ z użyciem ludzkiej, bezkomórkowej protezy naczyniowej Humacyl. Oceniano bezpieczeństwo oraz współczynniki drożności pierwotnej, pierwotnej wspomaganej i wtórnej. W naszym ośrodku od stycznia 2013 r. do kwietnia 2014 r. do badania klinicznego włączono 11 pacjentów w wieku 30–66 lat (średnio 44 lata). Średni czas obserwacji wynosi 37 miesięcy.

Wyniki

Pod obserwacją pozostaje 6 pacjentów. 4 pacjentów zmarło z funkcjonującym dostępem naczyniowym. 1 pacjentce przeszczepiono nerkę po 6 miesiącach od wszczepienia ludzkiego bezkomórkowego przeszczepu naczyniowego. Współczynnik drożności pierwotnej wyniósł 36% po roku i 18% po 2 latach. Współczynnik drożności wtórnej wyniósł 100%. Współczynnik interwencji wynosił 3/pacjenta/rok obserwacji. W naszym materiale nie zaobserwowaliśmy powikłań infekcyjnych.

Wnioski

- 1) Przetoka wytworzona z użyciem HAV funkcjonuje podobnie do przetoki wytworzonej z naczyń własnych.
- 2) Przetoka ta charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem drożności wtórnej i niskim ryzykiem infekcji.
- 3) Wydaje się, że protezy biologiczne w przyszłości będą mogły z powodzeniem zastąpić protezy ePTFE.

GUZY OKOLICY PODZIAŁU TĘTNICY SZYJNEJ W MATERIALE KLINIKI CHIRURGICZNEJ 4 WSK WE WROCŁAWIU W LATACH 2013-2017

Tadeusz Dorobisz (4 Szpital Wojskowy we Wrocławiu, WROCŁAW, Polska),
Karolina Dorobisz (4. Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu., WROCŁAW, Polska),
Maciej Malinowski (4 Szpital Wojskowy we Wrocławiu, WROCŁAW, Polska),
Kornel Pormańczuk (4 Szpital Wojskowy we Wrocławiu, WROCŁAW, Polska),
Michał Leśniak (4 Szpital Wojskowy we Wrocławiu, WROCŁAW, Polska),
Agnieszka Ziomek (4 Szpital Wojskowy we Wrocławiu, WROCŁAW, Polska),
Wiktor Pawłowski (4 Szpital Wojskowy we Wrocławiu, WROCŁAW, Polska),
Dariusz Janczak (4 Szpital Wojskowy we Wrocławiu, WROCŁAW, Polska)

Wstęp

Guzy w okolicy podziału tętnicy szyjnej są rzadko występującymi zmianami. Stanowią ok. 0,05% wszystkich nowotworów i są to głównie zmiany o charakterze łagodnym. Najczęstszym guzem, który jest przyczyną przyjęcia na Oddział Chirurgii Naczyniowej, jest chemodectoma (kłębczak, *carotid body tumor* – CBT). Rzadziej spotykanymi guzami są nerwiaki nerwu błędnego, które mogą być pierwotnie błędnie rozpoznane jako kłębczak.

Cel pracy

Analiza kliniczno-epidemiologiczna pacjentów z guzami okolicy tętnicy szyjnej leczonych w Klinice Chirurgicznej Szpitala Wojskowego we Wrocławiu w latach 2013–2017.

Metodyka

Przeanalizowano 24 chorych operowanych na naszym oddziale. W 19 przypadkach guz był jednostronny, w jednym zmiana występowała obustronnie. Wszyscy pacjenci na podstawie badań obrazowych zostali przyjęci z rozpoznaniem CBT. Wszyscy pacjenci byli operowani. W 19 przypadkach śródoperacyjnie stwierdzono zmianę wychodzącą z kłębka szyjnego, jednak u 5 pacjentów stwierdzono guza wychodzącego z nerwu błędnego. W naszym materiale przeprowadzono 13 prostych resekcji guza, w tym w 9 przypadkach było konieczne założenie szwów naczyniowych, w 3 przypadkach wykonano usunięcie guza i plastykę ACI, 2 przypadki wymagały wycięcia fragmentu ACI z jej jednoczasowym odtworzeniem: w pierwszym przypadku wszyto wstawkę z pobranej żyły odpiszczelowej, w drugim natomiast użyto łąki biologicznej. W przypadku nerwiaka nerwu błędnego wykonywano odcinkowe resekcje nerwu.

Wyniki

W 19 przypadkach w badaniu histopatologicznym stwierdzono CBT oraz u 5 pacjentów stwierdzono nerwiaka nerwu błędnego. Z 24 zabiegów w 19 (82%) przypadkach przebieg był niepowikłany. W grupie pacjentów z CBT powikłania wystąpiły u 4 pacjentów. W 2 przypadkach konieczna była reoperacja z powodu krwaka w ranie, 1 pacjent reoperowany był z powodu zakrzepicy ACI, u 2 pacjentów wystąpiło porażenie nerwu podjęzykowego, u 1 pacjenta porażenie nerwu krtaniowego. U pacjentów, u których wykonano resekcję odcinkową nerwu błędnego, w jednym przypadku doszło do porażenia nerwu krtaniowego.

Wnioski

- 1) Szybkie wykrycie zmiany w niskim stadium zaawansowania daje lepsze efekty leczenia operacyjnego, obciążone niewielką liczbą powikłań.
- 2) Mimo zaawansowania obecnych narzędzi diagnostycznych oraz terapeutycznych leczenie CBT wciąż obciążone jest wysokim ryzykiem powikłań.
- 3) W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę również nerwiaki nerwu błędnego, które w badaniach obrazowych mogą być interpretowane jako CBT.

OCENA KORZYŚCI LECZENIA OPERACYJNEGO CHORYCH Z NIEMAL CAŁKOWITĄ OKLUZJĄ TĘTNIC SZYJNYCH

Dariusz Janczak (Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Mateusz Szponder (Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Maciej Malinowski (Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Tadeusz Dorobisz (Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Agnieszka Ziomek (Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Michał Leśniak (Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Wiktor Pawłowski (Klinika Chirurgiczna, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska)

Wstęp

Aktualne wytyczne dotyczące leczenia inwazyjnego zwężenia tętnic szyjnych wskazują na duże korzyści z operowania chorych z 70-procentowym lub większym zwężeniem, jednak bez niemal całkowitego zamknięcia tętnicy. Mając na uwadze możliwe korzyści związane z obniżeniem ryzyka wystąpienia incydentu niedokrwiennego po operowanej stronie również u chorych z subokluzją, podjęto próbę przeprowadzenia rewaskularyzacji w wąskiej grupie takich pacjentów.

Cel pracy

Obserwacja wyników leczenia operacyjnego chorych z objawową subokluzją tętnic szyjnych.

Metodyka

Grupę badaną stanowiło 11 chorych, w średnim wieku ok. 61 lat, przyjętych do tutejszego ośrodka z powodu objawowych subokluzji tętnic szyjnych wewnętrznych od początku 2016 r. do marca 2017 r. – stanowiło to 2,16% wszystkich pacjentów, u których operowano tętnice szyjne w tym czasie (łącznie 508 chorych). U wspomnianych chorych wystąpiły wcześniej objawy neurologiczne pod postacią udarów niedokrwiennych mózgu bądź TIA z objawami tożsinnymi. W badaniach kontrolnych USG Doppler i Angio-TK tętnic dogłównych, wykonanych przy przyjęciu, obraz stopnia zwężenia tętnic był niejednoznaczny. Zdecydowano o operowaniu pacjentów.

Wyniki

Śródoperacyjnie u pacjentów stwierdzono zaawansowane zmiany miażdżycowe, powodujące niedrożność tętnic szyjnych wewnętrznych. Wykonywano endarterektomię tętnic szyjnych metodą klasyczną lub przez ewersję, uzyskując dobre odpływy i napływy. Zabiegi przebiegły bez powikłań. Chorzy byli wypisywani w stanie dobrym z odpowiednimi zaleceniami. W kontrolnych badaniach USG, wykonywanych w 1., 3. i 6. miesiącu po wypisie, stwierdzono prawidłowe przepływy w udrażnianych tętnicach szyjnych oraz nie odnotowano żadnych incydentów niedokrwiennych.

Wnioski

- 1) Chory z podejrzeniem subokluzji tętnicy szyjnej wewnętrznej powinni być kwalifikowani do leczenia operacyjnego.
- 2) Nawet przy śródoperacyjnym stwierdzeniu niedrożności tego naczynia warto podjąć próbę jego udrożnienia: może to przynieść choremu korzyść w postaci poprawy jakości życia oraz zabezpieczenia przed udarem niedokrwiennym mózgu.

KRWOTOK DO PRZEWODU POKARMOWEGO W PRZEBIEGU NAWROTOWEJ PRZETOKI AORTALNO-DWUNASTNICZEJ – TRUDNY PROBLEM KLINICZNY

Dariusz Janczak (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska),

Jerzy Garcarek (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska),

Maciej Malinowski (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska),

Mariusz Chabowski (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska),

Tadeusz Dorobisz (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska),

Michał Leśniak (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska),

Agnieszka Ziomek (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska),

Wiktor Pawłowski (4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, Polska)

Wstęp

Przetoka aortalno-dwunastnicza jest jednym z najpoważniejszych powikłań w klasycznej chirurgii naczyniowej. Częstość występowania szacuje się na 0,3–2% chorych po wszczepieniu protez naczyniowych w odcinku aortalno-udowym. Krwotok do przewodu pokarmowego i towarzysząca mu ogólnoustrojowa infekcja powodują śmiertelność okołooperacyjną sięgającą 95%. Przetoka aortalno-dwunastnicza powstaje najczęściej w przebiegu infekcji w miejscu zespolenia aorty z protezą naczyniową. Przetokę aortalno-dwunastniczą należy podejrzewać u wszystkich chorych po wszczepieniu protezy aortalnej z objawami krwawienia zarówno do górnego, jak i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Powikłanie to nie zawsze daje ostre objawy pod postacią krwotoku z rozwijającym się wstrząsem hipowolemicznym. W przypadku przetoki utajonej i przebiegu skąpoobjawowego diagnostyka może być bardzo trudna, a badania obrazowe nierzadko nie uwidaczniają tej patologii.

Opis przypadku

Opisujemy przypadek 68-letniego chorego, 9 lat po przebytym wszczepieniu protezy aortalno-dwunastniczej w miejsce tętniaka aorty brzusznej. Pacjent kilkakrotnie operowany z powodu tętniaków rzekomych w obu pachwinach oraz trzykrotnie operowany z powodu nawrotowej przetoki

aortalno-dwunastniczej co 4–6 miesięcy. Przy kolejnym nawrocie krwawienia z przetoki zdecydowano o próbie leczenia wewnątrznaczyniowego ze wskazań życiowych. Choremu wszczepiono stentgraft aortalno-dwubiodrowy, zatrzymując krwotok do przewodu pokarmowego. W drugim etapie, po ustabilizowaniu stanu chorego, wykonano chirurgiczny drenaż przepływowy przestrzeni zaotrzewnowej okołoaortalnej oraz założono mikrojejunostomię odżywczą. Stosowano stałe odsysanie żołądka metodą Taylora. Po 30 dniach leczenia chorego wypisano do domu w dobrym stanie ogólnym i miejscowym. W kontrolnej angiogramografii komputerowej nie wykazano przecieków wokół stentgraftu ani rozległej infekcji okołoaortalnej. Chory przeżył po zabiegu jeszcze 12 miesięcy.

Wnioski

Brak jest jednoznacznych standardów postępowania w przypadku krwotoków w przebiegu przetok aortalno-dwunastniczych, a efekty leczenia klasycznego są złe. Zastosowanie technik endowaskularnych daje szansę na zatrzymanie krwotoku przy możliwie mało obciążającym zabiegu. Drenaż przepływowy okolicy operowanej, stałe odsysanie żołądka, połączone z długoterminowym żywieniem przez mikrojejunostomię, mogą dawać dobry efekt kliniczny i przedłużyć choremu życie.

PRZETOKI AORTALNO-JELITOWE ZAOPATRYWANE WEWNĄTRZNACZYNIOWO JAKO TERAPIA POMOSTOWA DO LECZENIA OTWARTEGO, CZY LECZENIE OSTATECZNE?

Wojciech Witkiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wrocław, Polska),

Ryszard Grendziak (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wrocław, Polska),

Wojciech Iwanowski (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wrocław, Polska),

Błażej Czuwara (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wrocław, Polska)

Wstęp

Jednym z najpoważniejszych powikłań w chirurgii naczyniowej są przetoki aortalno-jelitowe. Postęp i dostępność technik wewnątrznacyniowych umożliwiła leczenie tego typu powikłań w trybie pilnym.

Metodyka

Badaniem objęto 3 pacjentów leczonych w naszym oddziale w trybie ostrego dyżuru, którzy, poza znacznymi ubytkami krwi spowodowanymi przetoką aortalno-jelitową, byli także obciążeni wieloma chorobami internistycznymi. Chorzy ci byli w przeszłości leczeni w naszym oddziale (pacjent 1. – tętniak aorty brzusznej leczony wewnątrznacyniowo – 2011 r., pacjent 2. – tętniak aorty brzusznej z wszczepioną protezą prostą – 2016 r., pacjent 3. – pęknięty tętniak aorty brzusznej – 2014 r.). Podstawą rozpoznania przetoki aortalno-jelitowej było badanie Angio-TK oraz gastroscopia. Z powodu poważnego stanu pacjentów podjęto decyzję wszczepienia stentgraftów zamykających przetokę (pacjent 1. – 2013 r., pacjent 2. – 2016 r., pacjent 3. – 2017 r.).

Wyniki

Bezpośrednio po zabiegu nastąpiła poprawa ogólnego stanu pacjentów (brak krwawień, stabilizacja stanu internistycznego). Pacjent 1. (po 5-letniej obserwacji i przedłużonej antybiotykoterapii), nie wykazując nawrotu infekcji, posiadał prawidłowy obraz aorty brzusznej oraz graftu w Angio-TK i nie wymagał interwencji chirurgicznej. 2 pacjentów jest w trakcie obserwacji (6 miesięcy i 2 miesiące) i zastosowano wobec nich przedłużoną antybiotykoterapię. Mimo braku cech zapalenia okołoaortalnego (Angio-TK) i dobrego stanu ogólnego, u 1 z pacjentów (6 miesięcy obserwacji) wzrosły parametry zapalne (CRP, prokalcytonina, WBC). Stabilizację stanu ogólnego uzyskano po wszczepieniu stentgraftu i antybiotykoterapii u kolejnego pacjenta (2 miesiące obserwacji).

Wnioski

- 1) Wewnątrznacyniowe zaopatrzenie przetok aortalno-jelitowych jest dobrym rozwiązaniem u pacjentów obciążonych wieloma chorobami.
- 2) Stabilizacja stanu ogólnego pacjenta umożliwia przeprowadzenie właściwej operacji, a wewnątrznacyniowe zaopatrzenie przetok aortalno-jelitowych może być rozwiązaniem ostatecznym dla wybranych pacjentów.

DOŚWIADCZENIA W ZASTOSOWANIU OPERACJI MASTEKTOMII Z JEDNOCZASOWĄ REKONSTRUKCJĄ PIERSI (IBR) – OBSERWACJA 8-LETNIA Z JEDNEGO OŚRODKA

Paulina Karcz (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Kraków, Polska),

Katarzyna Gara (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Kraków, Polska),

Paweł Basta (Oddział Kliniczny Ginekologii i Onkologii, Kraków, Polska),

Diana Hodorowicz-Zaniewska (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Kraków, Polska)

Wstęp

Operacje podskórnej mastektomii, tj. mastektomia z zaoszczędzeniem skóry (SSM) lub mastektomia z zaoszczędzeniem kompleksu brodawka-otoczek (NSM), zostały wprowadzone do kanonu operacji piersi pod koniec ubiegłej dekady. Początkowo zakres wskazań do tych zabiegów był bardzo wąski, obejmował przede wszystkim operacje profilaktyczne u kobiet obciążonych genetycznie. Z czasem nastąpiło rozszerzenie wskazań do tego rodzaju zabiegów.

Cel pracy

Analiza częstości przeprowadzania mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją piersi wraz z oceną wskazań do jej wykonania oraz częstości nawrotów miejscowych choroby.

Metoda

Materiał badawczy stanowiły pacjentki leczone w specjalistycznym ośrodku leczenia raka piersi, w latach 2009–2017 (I kwartał). Łącznie analizie poddano 137 pacjentek, w tym 14 z nich miało wykonane obustronne podskórne mastektomie w różnym czasie. Oceniano wskazania oraz częstość wykonywania zabiegów w kolejnych latach, jak i ich rezultat onkologiczny.

Wyniki

Porównując lata 2009–2013 z okresem 2014–2017 (I kwartał), stwierdzono, że częstość wykonywania zabiegów SSM/NSM wzrosła ponad 10-krotnie, przy czym trend ten od roku 2014 wykazuje stałą krzywą wzrostową. Analizując wskazania do zabiegów SSM/NSM, stwierdzono, że zakres wskazań uległ znacznemu poszerzeniu. W latach 2009–2013 głównym wskazaniem był zabieg obniżający ryzyko choroby u kobiet z istotnym ryzykiem wystąpienia dziedzicznego raka piersi. W latach 2014–2017 większość wskazań do tego rodzaju zabiegów stanowiło leczenie pierwotne chirurgiczne u chorej ze zdiagnozowanym rakiem piersi. W grupie chorych z rozpoznaniem raka leczonych operacyjnie ((n = 77), operowanych do końca maja 2016 r.), u których okres obserwacji wynosił minimum rok, stwierdzono jedną wznowę miejscową.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują na rosnącą popularność zabiegów mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją piersi, przede wszystkim w pierwotnym chirurgicznym leczeniu kobiet z rakiem piersi, co potwierdza trend opisywany w literaturze. Dane dotyczące bezpieczeństwa onkologicznego wymagają zebrania większej liczby obserwacji odległych.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA LECZENIE CHIRURGICZNE RAKA PIERSI U PACJENTEK PO 65 ROKU ŻYCIA – ANALIZA 104 PRZYPADKÓW

Benita Siarkiewicz (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Kraków, Polska),
Diana Hodorowicz-Zaniewska (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Kraków, Polska),
Agata Paradowska (Wydział Lekarski Collegium Medicum UJ, Kraków, Polska),
Piotr Gawron (Wydział Lekarski Collegium Medicum UJ, Kraków, Polska),
Daromir Godula (Wydział Lekarski Collegium Medicum UJ, Kraków, Polska),
Piotr Richter (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Kraków, Polska),
Antoni Szczepanik (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Kraków, Polska)

Wstęp

Czynniki związane z wiekiem, takie jak schorzenia dodatkowe, stan sprawności psychofizycznej i uwarunkowania socjalne powodują, że u części chorych konieczna jest indywidualizacja leczenia onkologicznego. W raku piersi leczenie chirurgiczne jest elementem leczenia skojarzonego, a rodzaj zabiegu chirurgicznego wpływa często na całokształt postępowania onkologicznego.

Cel pracy

Ocena częstości indywidualnej modyfikacji postępowania operacyjnego u chorych w wieku podeszłym.

Metodyka

Analiza miała charakter retrospektywny. Do badania zakwalifikowano 104 kobiety w wieku od 65. do 93. r.ż. (średni wiek pacjentek 74,2 lat, SD: 6,61), z rozpoznaniem raka piersi, operowane w latach 2015–2016. Dla każdej pacjentki wypełniono standardowy formularz kwalifikacyjny z pominięciem danych osobowych i wieku, zawierający wszystkie informacje kliniczne, pozwalające na kwalifikację do zabiegu operacyjnego. Ewaluacji na podstawie anonimowych formularzy dokonał ten sam zespół, który kwalifikował pacjentki poprzednio. Porównano wyniki anonimowej kwalifikacji z kwalifikacją faktyczną i na tej podstawie zidentyfikowano czynniki wpływające na indywidualizację leczenia chirurgicznego.

Wyniki

U 35 chorych stwierdzono rozbieżności między kwalifikacją anonimową a faktyczną. Średni wiek chorych w tej grupie wynosił 74 lata i był taki sam jak w grupie, w której kwalifikacja faktyczna i anonimowa były identyczne. Kwalifikacje porównano pod względem zakresu wycięcia piersi i pod względem rodzaju zabiegu na węzłach chłonnych pachy. U 5 pacjentek przeprowadzono zabieg bardziej radykalny zarówno w zakresie piersi, jak i węzłów chłonnych. U 25 chorych przeprowadzono bardziej radykalne wycięcie miększu piersi, w 1 przypadku – mniej radykalne wycięcie, a u 9 chorych – takie samo jak w kwalifikacji anonimowej. Z kolei u 13 chorych wykonano większy zabieg węzłowy, w 1 przypadku – bardziej ograniczony, a u 21 chorych – taki sam jak w kwalifikacji anonimowej. Czynniki wpływającymi na decyzję o rodzaju zabiegu były: obciążenia chorobami współistniejącymi i stan sprawności – u 19 chorych, decyzja pacjentki – u 11 chorych i budowa anatomiczna piersi – u 5 chorych.

Wnioski

W badanej grupie chorych w wieku podeszłym u 33,6% leczenie chirurgiczne raka piersi było indywidualizowane. Czynniki wpływającymi na modyfikację postępowania są: schorzenia współistniejące, świadoma decyzja chorej i warunki anatomiczne.

ETAPOWE RESEKCJE WĄTROBY Z SELEKTYWNĄ EMBOLIZACJĄ UKŁADU WROTNego U CHORYCH Z OBUSTRONNYMI MNOGIMI PRZERZUTAMI Z RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY

Paweł Nyckowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Andrzej Chaber (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Marcin Makiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Marek Wroński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Dominika Karkocha (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Gustaw Lech (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Rafał Maciąg (II Zakład Radiologii Klinicznej WUM, Warszawa, Polska)

Wstęp

Najistotniejszym ograniczeniem rozległych resekcji wątroby jest niemożność pozostawienia odpowiednio dużego fragmentu wątroby, umożliwiającego uniknięcie niewydolności tego narządu.

Cel pracy

Ocena skuteczności selektywnej embolizacji układu wrotnego w leczeniu chorych wymagających rozległych resekcji wątroby z powodu przerzutów z raka jelita grubego.

Metodyka

W okresie od września 2016 r. do kwietnia 2017 r. w klinice zoperowano 70 chorych z przerzutami do wątroby z raka jelita grubego, w tym u 45 (65%) pacjentów wykonano rozległe resekcje wątroby. Analizie poddano grupę 6 chorych, u których wykonano selektywną embolizację układu wrotnego, w celu wywołania przerostu wątroby, umożliwiającego wykonanie rozległych resekcji. W grupie były 3 kobiety oraz 3 mężczyzn, w wieku 43–60 lat. Przerzuty synchroniczne stwierdzono u 4, a metachroniczne – u 2 chorych. Wszystkich pacjentów leczono chemioterapią, w której wyniku uzyskano stabilizację choroby. W badaniach obrazowych (TK, NMR, PET) stwierdzono rozległe przerzuty, uniemożliwiające jednoczasową doszczętną resekcję. W I etapie wykonano odpowiednio: wycięcie przerzutów z lewego płata u 4 chorych (w tym u 1 z termoablacją), wycięcie przerzutów z prawego płata z termoablacją u 1 pacjenta i laparotomię również u 1 chorego. Sелеktywną embolizację prawej gałęzi żyły wrotnej przeprowadzono u 6 chorych – metodą radiologii

interwencyjnej, najczęściej z użyciem mieszaniny kleju histoakrylowego i lipiodolu. Przerost wątroby oceniano wolumetrycznie badaniem NMR. Spośród 6 chorych zoperowano 4 (w okresie 5–6 tygodni po zabiegu), a 2 z nich wkrótce zostały poddane operacji. U 4 pacjentów operowanych wykonano odpowiednio: hemihepatektomię prawostronną u 3 pacjentów (w tym u 1 z termoablacją) i hemihepatektomię prawostronną poszerzoną u 1 chorego.

Wyniki

Nie obserwowano powikłań po I etapie leczenia chirurgicznego. Nie stwierdzono powikłań po selektywnej embolizacji układu wrotnego. Przyrost objętości wątroby po 4–5 tygodniach był zadawalający u wszystkich chorych. U 4 pacjentów operowanych wykonano rozległe resekcje wątroby, zgodnie z pierwotnym założeniem. U żadnego spośród 4 operowanych chorych nie obserwowano objawów niewydolności wątroby. U 1 pacjenta wystąpiła przetoka żółciowa, leczona skutecznie zachowawczo.

Wnioski

- 1) Etapowe resekcje wątroby z zastosowaniem selektywnej embolizacji układu wrotnego to skuteczna i bezpieczna metoda leczenia.
- 2) Konieczne jest zebranie większej grupy chorych leczonych tą metodą i porównanie przebiegu ich okresu okołoperacyjnego z pacjentami poddanymi rozległym resekcjom bez embolizacji.

LAPAROSKOPOWE OPERACJE NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO – WYNIKI ODLEGŁE CHORYCH OPEROWANYCH W OKRESIE KRZYWEJ UCZENIA. DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Rafał Sopyło (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Klinika Onkologii Centrum Onkologii- Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Warszawa ul.Wawelska 15, Warszawa, Polska),

Jakub Radziszewski (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, Wydział Przyrodniczy, Siedlce ul.Konarskiego 15, Siedlce, Polska),

Piotr Gierej (Centrum Onkologii- Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Warszawa, ul Roentgena 5, Warszawa, Polska),

Eryk Chrapowicki (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Klinika Onkologii Centrum Onkologii- Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Warszawa ul.Wawelska 15, Warszawa, Polska),

Andrzej Cichocki (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Klinika Onkologii Centrum Onkologii- Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Warszawa ul.Wawelska 15, Warszawa, Polska),

Michał Tenderenda (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Klinika Onkologii Centrum Onkologii- Instytut im.M. Skłodowskiej-Curie Warszawa ul.Wawelska 15, Warszawa, Polska)

Wstęp

Współcześnie uważa się, że operacje laparoskopowe u chorych z rakiem jelita grubego są zabiegami równoważnym, i co do radykalności onkologicznej i odległych wyników leczenia, z zabiegami klasycznymi. Okres wdrażania metody, zwany krzywą uczenia się, może wiązać się z niewłaściwą kwalifikacją chorych, dużą liczbą powikłań śród- i pooperacyjnych oraz konwersji do operacji klasycznej.

Cel pracy

Analiza odległych wyników leczenia operacyjnego metodą laparoskopową pierwszych kilkudziesięciu chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego, leczonych w jednym ośrodku.

Metodyka

Od grudnia 2007 r. do sierpnia 2010 r. planowo zoperowano laparoskopowo 44 chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego. Wszystkie zabiegi wykonane zostały przez 2 chirurgów z wieloletnim doświadczeniem w chirurgii kolorektalnej. Wykonane operacje: hemikolektomie: prawa – 14, lewa – 2; kolektomia – 1; resekcja przednia – 17; resekcja esicy – 2; amputacja odbytnicy – 6; resekcja poprzecznicy – 1; laparoscopia zwiadowcza – 1. Zanotowano 10 konwersji (21%). Wszystkie wykonane zabiegi radykalne (42) były zabiegami R0, a liczba węzłów chłonnych w preparatach wyniosła średnio 11,2 (1–27). Stwierdzono następujące stopnie pTMN: I 7 (16%), II 15 (34%) i III u 20 (45%) chorych. Nie odnotowano zgonów pooperacyjnych. Powikłany przebieg pooperacyjny stwierdzono u 14 (31%) chorych, 4 pacjentów reoperowano.

Wyniki

Utracono z obserwacji 1 chorą. W okresie obserwacji stwierdzono 7 (16%) zgonów spowodowanych uogólnieniem nowotworu. Nie odnotowano wznów miejscowych. Przeżycia 5-letnie wyniosły: w całej grupie 90,24%, w poszczególnych stopniach zaawansowania: I–100%, II–100%, III–78,94%. W grupie z konwersją 75,0%, bez konwersji 94,12%. W grupie z powikłaniami 84,62%, bez powikłań – 92,86%.

Wnioski

1) Wykonywanie laparoskopowych zabiegów kolorektalnych oznacza konieczność opanowania odmiennej techniki operacyjnej.

2) Opanowanie tej techniki wymaga długiej krzywej uczenia się (50–70 zabiegów). W okresie tym występuje zwiększona liczba powikłań śród- i pooperacyjnych oraz konwersji. Wśród analizowanych chorych odnotowano niższe odsetki przeżyć odległych w grupie pacjentów z powikłaniami oraz z konwersją, co jednakże nie wpłynęło istotnie na odsetki przeżyć w całej grupie, jak również w poszczególnych stopniach zaawansowania.

3) Krzywą uczenia się należy możliwie skoncentrować w czasie, zabiegi powinny być wykonywane przez zespół chirurgów doświadczonych w klasycznej chirurgii kolorektalnej pod nadzorem mentora.

WYKORZYSTANIE WSKAŹNIKA MARUYAMY U CHORYCH NA RAKA ŻOŁĄDKA PO PRZEDOPERACYJNEJ CHEMIOTERAPII

Karol Rawicz-Pruszyński (Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin, Polska),

Jerzy Mielko (Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin, Polska),

Bogumiła Ciseł (Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin, Polska),

Andrzej Kurylcio (Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin, Polska),

Magdalena Skórzewska (Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin, Polska),

Kinga Franciszkiewicz-Pietrzak (Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin, Polska),

Wojciech Polkowski (Klinika Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin, Polska)

Wstęp

Podstawową metodą leczenia chorych na raka żołądka (RŻ) jest radykalne leczenie chirurgiczne, na które składa się regionalna limfadenektomia. Przed- lub śródoperacyjne określenie tzw. wskaźnika Maruyamy (*Maruyama index*, MI) umożliwia indywidualne zaplanowanie zakresu limfadenektomii, za pomocą komputerowej oceny prawdopodobieństwa przerzutów do poszczególnych stacji (poza-)regionalnych węzłów chłonnych.

Cel pracy

Ocena śródoperacyjnego wykorzystania MI u chorych na raka żołądka leczonych chirurgicznie z przedoperacyjną chemioterapią systemową.

Metodyka

Analizą objęto 21 chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka w okresie od 26 lutego 2016 r. do 12 maja 2017 r. MI obliczano śródoperacyjnie przy użyciu programu Win-Estimate 2.5, za zgodą prof. Kenji Maruyamy. Dziewiętnaścioro (90%) chorych leczono przedoperacyjnie systemową chemioterapią (EOX lub ECF/X, 2–4 kursy). Do numeracji stacji węzłowych użyto klasyfikacji Japanese Gastric Cancer Association (JGCA). Wyniki prognozowane na podstawie programu Win-Estimate 2.5 zweryfikowano w oparciu o ostateczny raport histopatologiczny preparatów operacyjnych.

Wyniki

Analizie poddano 468 węzłów chłonnych, które wycięto ze 172 stacji (poza-)regionalnych węzłów chłonnych. Liczba zbadanych węzłów chłonnych wahała się od 8 do 41 (średnia 22,2). W 20 (11%) stacjach stwierdzono wyniki prawdziwie dodatnie, w 35 (20%) – prawdziwie ujemne. Aż w 115 (65%) stacjach stwierdzono wyniki fałszywie dodatnie, 2 (1,13%) stacje oceniono jako wynik fałszywie ujemny.

Czułość i swoistość testu diagnostycznego, wyliczana z użyciem programu Win-Estimate 2.5, w wykrywaniu przerzutów w stacjach węzłowych wyniosła odpowiednio: 91% i 23%. Wartości predykcyjne – dodatnia i ujemna wyniosły odpowiednio: 14% i 94%, a dokładność użytego testu diagnostycznego – 32%. W analizowanej grupie limfadenektomię D1 wykonano w pojedynczym przypadku (5%), limfadenektomię D2 u 8 chorych (38%), natomiast limfadenektomię D2+ – w 12 przypadkach (57%).

Wnioski

Wiarygodność testu obliczana z użyciem programu Win-Estimate 2.5 w prognozowaniu przerzutów w stacjach węzłowych u chorych na RŻ po przedoperacyjnej chemioterapii systemowej jest zbyt niska i przyczyniać się może do niepotrzebnego zwiększania zakresu limfadenektomii. Konieczne są dalsze badania i odległa obserwacja chorych po indywidualnie określonej limfadenektomii.

TRANSANAL TOTAL MESORECTAL EXCISION (TATME): NOWA METODA OPERACJI RAKA ŚRODKOWEJ I DOLNEJ CZĘŚCI ODBYTNIICY – OCENA WYNIKÓW OPERACYJNYCH NA PODSTAWIE WŁASNYCH WSTĘPNYCH DOŚWIADCZEŃ

Mateusz Wierdak (Klinika Chirurgii Endoskopowej Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU. II Katedra Chirurgii Ogólnej CM-UJ, Kraków, Polska),
Michał Pędziwiatr (Klinika Chirurgii Endoskopowej Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU. II Katedra Chirurgii Ogólnej CM-UJ, Kraków, Polska),
Dorota Radkowiak (Klinika Chirurgii Endoskopowej Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU. II Katedra Chirurgii Ogólnej CM-UJ, Kraków, Polska),
Piotr Małczak (Klinika Chirurgii Endoskopowej Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU. II Katedra Chirurgii Ogólnej CM-UJ, Kraków, Polska),
Piotr Major (Klinika Chirurgii Endoskopowej Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU. II Katedra Chirurgii Ogólnej CM-UJ, Kraków, Polska),
Jan Kulawik (Klinika Chirurgii Endoskopowej Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU. II Katedra Chirurgii Ogólnej CM-UJ, Kraków, Polska),
Andrzej Budzyński (Klinika Chirurgii Endoskopowej Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU. II Katedra Chirurgii Ogólnej CM-UJ, Kraków, Polska)

Wstęp

Wprowadzenie nowych technik operacyjnych w chirurgii raka odbytnicy doprowadziło do znacznej poprawy zarówno onkologicznych, jak i funkcjonalnych wyników leczenia. Zwłaszcza zastosowanie techniki całkowitego wycięcia mezorektum (TME) oraz postęp w terapii neoadiuwantowej miały istotny wpływ na tę zmianę. Wprowadzenie laparoskopii do zabiegów chirurgii onkologicznej okazało się skutecznym postępowaniem pod względem wyników onkologicznych, jak również przyczyniło się do redukcji powikłań wykonywanych zabiegów. Niemniej jednak laparoskopowa resekcja środkowej i dolnej części odbytnicy w dalszym ciągu pozostaje wyzwaniem ze względu na anatomię wąskiej miednicy i związana jest z relatywnie wysokim odsetkiem resekcji z zajęciem radialnych marginesów. Wprowadzenie nowej techniki całkowitego przedodbytniczego usunięcia mezorektum – Transanal Total Mesorectal Excision (TaTME) – wychodzi naprzeciw temu problemowi.

Cel pracy

Prezentacja własnych doświadczeń i ocena wyników pooperacyjnych operacji TaTME.

Metodyka

W okresie styczeń 2014 r.–maj 2017 r. w naszym ośrodku wykonano 32 operacje TaTME. Wszyscy chorzy (K/M = 6/26) operowani byli z powodu raka odbytnicy. Średni wiek chorych wynosił $65 \pm 9,8$ lat. Przedoperacyjną radiochemioterapię zastosowano u 93,8% chorych. Średnia odległość dolnego brzegu nacieku od zwieraczy wynosiła $4,1 \pm 1,8$ cm. Część przezbrzuszną wykonano techniką laparoskopową. W całej grupie wykonano odbarczającą illeostomię.

Wyniki

Średni czas zabiegu wynosił 283 ± 74 minuty. Okołooperacyjna utrata krwi wynosiła 159 ± 115 ml. Żaden chory nie wymagał przetoczeń preparatów krwiopochodnych. Nie dokonano żadnej konwersji. Odsetek powikłań pooperacyjnych to 31,2%, w tym ciężkich powikłań (III lub IV stopień w klasyfikacji Clavien- Dindo) – 18,8%. W okresie 90-dniowej obserwacji po zabiegu nie stwierdzono zgonu pacjentów. W 75% przypadków odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego. W 4 przypadkach, z uwagi na powikłania pooperacyjne lub niezadowalający efekt czynnościowy, konieczne było wykonanie kolostomii końcowej. Odsetek resekcji R0 wynosił 100%.

Wnioski

Nasze doświadczenia wskazują, że TaTME jest techniką bezpieczną, obciążoną umiarkowanym ryzykiem powikłań pooperacyjnych. Z uwagi na dobre wyniki onkologiczne oraz czynnościowe stanowi dobrą alternatywę dla klasycznych metod operacji.

ANATOMICZNA LOKALIZACJA NIE WPŁYWA NA ROKOWANIE U CHORYCH Z NOWOTWORAMI POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO TYPU SIEWERT II I III

Radosław Pach (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 40, Kraków, Kraków, Polska),

Piotr Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 40, Kraków, Kraków, Polska),

Marek Sierżęga (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 40, Kraków, Kraków, Polska),

Piotr Kołodziejczyk (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 40, Kraków, Kraków, Polska),

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 40, Kraków, Kraków, Polska),

Jan Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 40, Kraków, Kraków, Polska), Polska Grupa Badawcza nad rakiem żołądka (PGCSG) Polska)

Wstęp

Anatomiczna klasyfikacja Siewerta dotycząca raka gruczołowego połączenia przełykowo-żołądkowego opierała się na potencjalnych różnicach epidemiologicznych i histopatologicznych, dotyczących nowotworów w tej lokalizacji. Istnieją jednak wątpliwości, czy wyróżnienie właściwego raka wpustu (Siewert II) i raka podwpułstowego (Siewert III) ma istotne znaczenie kliniczne.

Metodyka

Opierając się na wieloośrodkowej bazie danych Polskiej Grupy Badawczej nad rakiem żołądka (PGCSG), wyodrębniono grupę 243 chorych z rakiem gruczołowym połączenia przełykowo-żołądkowego, u których wykonano zabieg resekcyjny w latach 1998–2008. Celem wykrycia różnic w zakresie klinicznie istotnych punktów końcowych porównano częstość powikłań pooperacyjnych oraz przeżycia odległe chorych.

Wyniki

W grupie analizowanych chorych zidentyfikowano 109 chorych z rakiem typu Siewert II oraz 134 chorych z rakiem typu Siewert III. Nie stwierdzono różnic między tymi grupami w zakresie objawów klinicznych ani czasu trwania diagnostyki. U chorych z rakiem typu Siewert II obserwowano więcej

nowotworów bez przerzutów do węzłów chłonnych (42% wobec 21%, $p = 0,003$) i zmian powierzchniowych T1–T2 (43% wobec 20%, $p = 0,045$). Częstość powikłań i śmiertelność pooperacyjna wynosiły odpowiednio: 27% i 3,7%, jednak rodzaj i ciężkość powikłań nie zależały od lokalizacji anatomicznej nowotworu. Mediana przeżycia całkowitego była istotnie dłuższa u chorych z guzami typu Siewert II (42 wobec 16 miesięcy, $p < 0,001$). Wykorzystując model proporcjonalnego hazardu Coxa, zidentyfikowano następujące niezależne czynniki rokowań w grupie analizowanych chorych: wiek > 70 lat, głębokość naciekania guza (cecha T), przerzuty do węzłów chłonnych, przerzuty odległe i radykalność resekcji.

Wnioski

Topograficzno-anatomiczna klasyfikacja raków połączenia przełykowo-żołądkowego nie odpowiada istotnym klinicznie różnicom w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia chirurgicznego.

ANALIZA ROLI SERPINY-E2 ORAZ WYDZIELNICZEGO INHIBITORA PROTEINAZY LEUKOCYTARNEJ (SLPI) W PATOGENEZIE I PROGRESJI RAKA TARCZYCY

Mateusz Brożyna (Klinika Chirurgii Endokrynologicznej WWCoiT im. M. Kopernika, Łódź, Polska),

Tomasz Stępień (Klinika Chirurgii Endokrynologicznej WWCoiT im. M. Kopernika, Łódź, Polska),

Magdalena Borkowska (Klinika Chirurgii Endokrynologicznej WWCoiT im. M. Kopernika, Łódź, Polska),

Krzysztof Kuzdak (Klinika Chirurgii Endokrynologicznej WWCoiT im. M. Kopernika, Łódź, Polska)

Wstęp

W literaturze naukowej istnieje wiele prac mówiących o markerach nowotworów tarczycy (m.in. tyreoglobulinie, przeciwciałach p/tyreoglobulinie, mutacjach BRAF, RAS). SERPINY-E2 oraz SLPI są wydzielniczymi inhibitorami proteazy serynowej. Ulegają nadekspresji w licznych nowotworach. Jednak potencjał onkogeny tych inhibitorów w raku tarczycy pozostaje nieznanym.

Cel pracy

Stwierdzenie potencjalnej roli SERPINY-E2 oraz SLPI w patogenezie raka tarczycy oraz określenie, czy pomiary ich stężeń w surowicy krwi można uznać za przydatne, dodatkowe czynniki prognostyczne u chorych z podejrzeniem raka tarczycy.

Metodyka

Do badania zakwalifikowano 86 pacjentów w wieku 18–79 lat leczonych chirurgicznie w Klinice Chirurgii Endokrynologicznej WSS im. M. Kopernika w Łodzi w latach 2012–2015. Badana grupa składała się z 67 pacjentów z rozpoznaniem raka tarczycy: brodawkowatym (36), pęcherzykowym (11), anaplastycznym (9), rdzeniastym (11), oraz 19 chorych z wolem nietoksycznym. Grupę kontrolną stanowiło 20 chorych bez patologii tarczycy, o zbliżonej do grupy badanej charakterystyce demograficznej. Materiałem do badania były próbki krwi pacjentów pobrane z żyły łokciowej dzień przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Próbkę krwi poddano obróbce w ciągu 1 godziny od pobrania i następnie przechowywano w temperaturze –80°C do czasu analizy. Oznaczenia stężeń badanych czynników przeprowadzono metodą ELISA.

Wyniki

- 1) Chorych z rakiem brodawkowatym, pęcherzykowym i anaplastycznym charakteryzuje znamienne wyższe stężenie SERPINY-E2 oraz SLPI w porównaniu z chorymi z SNN.
- 2) Stężenie SLPI u chorych z rakiem rdzeniastym tarczycy nie różni się statystycznie istotnie od stężenia stwierdzonego u chorych z SNN oraz u osób zdrowych.
- 3) Stężenia SERPINY-E2 oraz SLPI chorych z SNN nie różnią się istotnie od stężeń obserwowanych u osób zdrowych.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują jednoznacznie, że w surowicy chorych z rakiem tarczycy stężenie inhibitorów SERPINY-E2 oraz SLPI jest znacznie wyższe niż u pacjentów ze zmianami łagodnymi tarczycy oraz u osób bez patologii w obrębie tego gruczołu. Wyniki pokazują, że oznaczanie w surowicy stężeń SERPINY-E2 i SLPI może posłużyć jako przedoperacyjne różnicowanie łagodnych i złośliwych guzów tarczycy.

EKSPRESJA METALOTIONEINY I/II ORAZ ANTYGENU Ki-67 W CHOROBY GRAWESA- BASEDOWA

Paweł Domosiński (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Wrocław, Polska),

Bartosz Puła (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wrocław, Polska),

Marzenna Podhorska- Okołów (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wrocław, Polska),

Piotr Dzięgiel (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wrocław, Polska)

Cel pracy

Celem niniejszego badania jest zbadanie ekspresji metalotioneiny I oraz II (MT-I/II) w chorobie Gravesa (GD) oraz wole guzowatym (NG) celem określenia ich roli w proliferacji tyreocytów oraz znaczenia jako potencjalnego markera stanu zapalnego tarczycy o podłożu autoimmunologicznym.

Metodyka

Ekspresja MT-I/II oraz antygenu Ki-67 została zbadana z wykorzystaniem metody immunohistochemicznej w 67 przypadkach GD oraz 24 przypadkach NG.

Wyniki

Ekspresję MT-I/II zanotowano zarówno w cytoplazmie, jak i w jądrach tyreocytów w przypadkach GD oraz NG. Stwierdzono silną dodatnią korelację ekspresji cytoplazmatycznej oraz jądrowej MT-I/II w GD ($r = 0,499$; $p < 0,0001$) oraz NG ($r = 0,496$; $p = 0,014$). Nasilenie ekspresji cytoplazmatycznej MT-I/II było istotnie wyższe w GD (średnia IRS $9,21 \pm 2,37$) niż w NG (średnia IRS $7,13 \pm 2,51$; $p = 0,0008$). Również jądrowa ekspresja MT-I/II okazała się wyższa w GD (średnia $3,58 \pm 0,72$) w porównaniu do NG (średnia $2,96 \pm 0,86$; $p = 0,019$). Ponadto w GD zaobserwowano dodatnią, istotną statystycznie korelację cytoplazmatycznej ekspresji MT-I/II z ekspresją antygenu Ki-67 ($r = 0,331$; $p = 0,006$).

Wnioski

MT-I/II może być potencjalnym markerem GD w tarczycy. Ponadto dodatnia korelacja pomiędzy cytoplazmatyczną ekspresją MT-I/II a ekspresją antygenu Ki-67 może wskazywać na potencjalny udział MT-I/II w proliferacji tyreocytów.

ULTRASONOGRAPHIC SCALES IN MANAGEMENT OF THYROID FORMATIONS AND CANCER RISK STRATIFICATION

Volodymyr Marina (Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina),

Vasyl Kolomytsev (Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina)

Introduction

Nodular goiter is currently the most common pathology in endocrine surgery, though indications for its surgical treatment are a subject of debate. There is a fairly large percentage of interventions for benign thyroid diseases, though percentage of advanced cancer is still unacceptably high. Ultrasonography plays important role in management of thyroid formations, but as an operator-dependent method is often subjective. Therefore, it required the introduction of possibly objective scales/classification.

Aim

The aim of the study was to analyze the role of ultrasonographic scales in determination of thyroid formations.

Methods

Retrospective analysis of medical records of all patients with thyroid formations that were operated in the surgical department of Lviv National Medical University in 2015 was performed. The patients' gender, age, number and size of thyroid formations, types of intervention, intra- and postoperative histological conclusion, TSH and thyroglobulin levels were investigated. Ultrasonographic examination was carried out by 2 experienced radiologists and the results were evaluated according to the following stratification scales: TI-RADS, U-classification, ATA 2015 and ACR TI-RADS 2017.

Results

The analysis of the medical records of 522 patients was performed. Group 1 consisted of 142 cases (27.2%) in which ultrasonographic scales description did not allow to classify them due to lack of the data. The remaining 380 cases with enough information were classified and formed Group 2. The percentage of thyroid cancer was 4.93% in Group 1, and in Group 2 with detailed ultrasound description – 12.1% ($\chi^2 = 5.835$, $p = 0.016$). Thyroid cancer foci less than 5 mm was presented in both groups – 2.11% and 1.82%, respectively ($\chi^2 = 0.037$, $p = 0.847$). There was no difference in TSH or thyroglobulin levels among any scale risk subgroup. Thyroid cancer incidence increased gradually from low to high risk scale in subgroups except cancer foci less than 5 mm, which had almost equal occurrence frequency in all subgroups regardless of risk stratification.

Conclusions

- 1) Ultrasonographic scales in thyroid cancer stratification significantly increases the percentage of cancer patients undergoing surgery and reduces the number of operations due to benign pathology.
- 2) Thyroid cancer foci less than 5 mm occurs uniformly in all risk subgroups.

CZY MANOMETRIA PRZEŁYKU MOŻE MIEĆ WPŁYW NA DECYZJĘ CHIRURGA?

Michał Solecki (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska),
Justyna Wyroślak-Najs (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska),
Wioletta Masiak-Segit (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska),
Grzegorz Ćwik (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska),
Grzegorz Wallner (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska)

Wstęp

Manometria wysokiej rozdzielczości jest w ośrodku, w którym pracują autorzy, badaniem rutynowo stosowanym u pacjentów z objawami choroby refluksowej i niezbędnym elementem diagnostyki przedoperacyjnej u chorych kwalifikowanych do zabiegów antyrefluksowych.

Cel pracy

Celem pracy była ocena obecności przepukliny wślizgowej roztworu przełykowego przepony oraz funkcji motorycznej przełyku. Ma ona istotne znaczenie u pacjentów, u których planowana jest fundoplikacja.

Metodyka

Analizie poddano wyniki badań manometrycznych 100 pacjentów hospitalizowanych w od listopada 2016 r. do maja 2017 r. i zestawiono je z wynikami badań MII-pH.

Wyniki

Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów (43 K i 57 M). Przepuklinę roztworu przełykowego przepony stwierdzono u 28 osób. Średnia długość LES wyniosła 3,23 cm, LESP 16,71 mmHg, a ciśnienie relaksacji 3,29 mmHg. U 46% z nich rozpoznano zaburzenia pasaży treści płynnej, a u 43% półpłynnej. Jedynie u 4 pacjentów z HHO stwierdzono nieprawidłową liczbę refluksów. W grupie pacjentów bez przepukliny roztworu przełykowego średnia długość LES wyniosła 3,26 cm, LESP 17,71 mmHg, a ciśnienie relaksacji 3,34 mmHg. Średnia długość wewnątrzbrzusznego odcinka przełyku wyniosła 0,28 cm. U 36% z nich rozpoznano zaburzenia pasaży treści płynnej, a u 62% półpłynnej. W tej grupie jedynie 6 pacjentów miało nieprawidłową liczbę refluksów. Całkowity czas pasaży przełykowego treści płynnej wynosił dla grupy z HHO i bez HHO odpowiednio 7,65 s i 7,64 s. Nie stwierdzono również różnic w średniej amplitudzie skurczu dystalnego odcinka przełyku, która wyniosła odpowiednio 78,14 mmHg i 76,76 mmHg.

Wnioski

Nie ma jednego, jednolitego wzorca zaburzeń manometrycznych u pacjentów z przepukliną roztworu przełykowego w porównaniu z pacjentami bez niej. Znaczny odsetek pacjentów kierowanych do diagnostyki czynnościowej nie będzie wymagał interwencji chirurgicznej – małe przepukliny bez patologicznego zarzucania. Zarzucanie nie wpływa na zmianę profilu manometrycznego w znaczący sposób. Zaburzenia pasaży są istotnym wskaźnikiem ryzyka niepowodzenia operacji antyrefluksowej, jeśli są stwierdzane przed jego wykonaniem.

WPŁYW POLIMORFIZMÓW GENÓW SYSTEMU NAPRAWY BŁĘDNE SPAROWANYCH ZASAD AZOTOWYCH NA WYSTĘPOWANIE I PRZEBIEG KLINICZNY RAKA JELITA GRUBEGO W POPULACJI POLSKIEJ

Piotr Zelga (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, Polska),

Karolina Przybyłowska-Sygut (Zakład Biochemii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska),

Marta Zelga (Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Pododdziałem Oparzeń, ICZMP w Łodzi, Łódź, Polska),

Adam Dziki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, Polska),

Ireneusz Majsterek (Zakład Biochemii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska)

Wstęp

Niesprawnie działający system naprawy błędnie sparowanych zasad azotowych (MMR) jest związany z występowaniem rodzinnego niepolipowatego, jak i sporadycznego raka jelita grubego. Obecnie uważa się, że znaczący wpływ na sprawność systemu MMR może wywierać dziedziczenie wariantów genów znanych jako polimorfizm pojedynczego nukleotydu (SNP). SNP genów systemu MMR może wpływać na jego wydajność, a przez to na ryzyko wystąpienia i dalszej progresji raka jelita grubego.

Cel pracy

Ocena wpływu polimorfizmów Gly39Glu (c.116G > A) genu hMSH6 oraz IVS1–1121C > T genu hPMS2 na występowanie i przebieg kliniczny resekcyjnego RJG w polskiej populacji.

Metodyka

Do badania zakwalifikowano 250 niespokrewnionych ze sobą pacjentów ze sporadycznym rakiem jelita grubego, u których wykonano resekcję RJG w latach 2004–2006 oraz 189 pacjentów zdrowych jako grupę kontrolną. U obu grup pobrano próbki krwi, a u pacjentów z RJG także wycinki z guza. Grupę z RJG obserwowano przez 10 lat, uwzględniając szczególnie dalsze leczenie onkologiczne oraz obecność wznowy. Analizę wariantów polimorficznych Gly39Glu (c.116G > A) hMSH6 przeprowadzono metodą PCR–RFLP, natomiast dla polimorfizmu IVS1–1121C > T genu hPMS2 zastosowano system sond typu TaqMan, oparty o fluorescencyjnie wyznaczone startery.

Wyniki

Follow-up uzyskano u 90% chorych. Otrzymane wyniki wskazują na związek między obecnością wariantu GA polimorfizmu Gly39Glu (c.116G > A) genu hMSH6 i zachorowaniem na raka jelita grubego w badanej populacji (OR 1,65 95% CI: 1,01–2,69, $p = 0,44$). Genotyp GA częściej występował u kobiet oraz pacjentów powyżej 60. r.ż. (OR 2,25 95% CI: 1,22–4,14, $p = 0,0098$ i OR 2,74 95% CI: 1,27–5,93, $p = 0,0097$). Obecność wariantu polimorficznego GA była związana z obecnością niższego stopnia zaawansowania raka (Dukes A i B) (OR 1,65 95% CI 1,01–2,69, $p = 0,044$). Nie obserwowano podobnej zależności w przypadku polimorfizmu IVS1–1121C > T genu hPMS2, ale wariant A/C hMSH6 i C/C PMS2 związany był z większym występowaniem RJG w badanej populacji niż dla pojedynczego polimorfizmu (OR = 1,78 95% CI: 1,07–2,98, $p = 0,029$). Nie stwierdzono znamiennych różnic w liczbie wznów, ogólnej, jak i związanej z chorobą przeżywalności dla pacjentów z badanymi polimorfizmami.

Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników wywnioskowano, że występowanie wariantu G/A polimorfizmu Gly39Glu (c.116G > A) genu hMSH6 jest związane z występowaniem sporadycznego raka jelita grubego i jego łagodniejszym przebiegiem.

FasR i FasL w komórkach macierzystych raka jelita grubego

Magdalena Szaryńska (Katedra i Zakład Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),

Agata Olejniczak (Katedra i Zakład Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),

Jarek Kobiela (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),

Dariusz Łaski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),

Zbigniew Kmieć (Katedra i Zakład Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska)

Wstęp

Rak jelita grubego (RJG) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych. U wielu pacjentów dochodzi do rozwoju oporności na stosowane chemioterapeutyki i do remisji choroby. Prawdopodobnie wynika to z braku wrażliwości populacji nowotworowych komórek macierzystych (NKM) na stosowane leczenie. W najnowszej literaturze opisano specyficzny typ śmierci komórkowej – DICE (*death induced by CD95 or CD95L elimination*), który swoiście dotyczy NKM, więc prawdopodobnie metody terapii indukujące DICE w leczeniu RJG znacznie poprawiłyby skuteczność terapii.

Cel pracy

Celem była analiza FasR/L na powierzchni komórek linii RJG (HCT116, HT29) hodowanych w 2 formach: adherentnej (A) i sferycznej (S) oraz porównanie tych wyników z danymi dotyczącymi komórek macierzystych RJG wyizolowanych z fragmentów guzów pobranych od pacjentów. Ocenie poddano zależności pomiędzy FasR/L a innymi cechami NKM.

Metodyka

W czasie każdego pasażu cytometrycznie analizowano fenotyp komórek (CD133, CD44, CD29, FasR, FasL) oraz ich żywotność/apoptoza (7AAD, Aneksyna V-FITC/PI).

Wyniki

Linie RJG w warunkach A wykazywały 100% udział komórek o cechach NKM w hodowli, a proporcja ta uległa znacznemu obniżeniu w czasie hodowli S. Populacje komórek hodowli S charakteryzowała większa heterogenność pod względem fenotypu w sposób zależny od linii. Komórki pobrane od pacjentów wykazywały również dużą różnorodność, a poziom białka CD133 bezpośrednio korelował z czasem ich przeżycia w czasie hodowli ($R = 0,9$). Poziom markerów NKM korelował silnie z poziomem receptora Fas na powierzchni tych komórek. Linie A wykazywały prawie 100% żywotność, a zmiana sposobu prowadzenia hodowli spowodowała znaczny wzrost liczby komórek apoptotycznych/martwych. Hodowla komórek pobranych od pacjentów okazała się mniej wrażliwa na apoptozę, a poziom apoptotycznych komórek wykazywał znacznie niższy poziom w porównaniu z hodowlami S linii RJG (2–5%).

Wnioski

Model sferyczny hodowli linii RJG wykazuje pewne podobieństwa do komórek wyizolowanych z fragmentów guzów pacjentów z RJG. Najpoważniejsza różnica dotyczy przeżywalności komórek w hodowli sferycznej, co wymaga dalszej analizy. Model sferyczny linii wydaje się lepiej naśladować warunki *in vivo* rozwoju guza (hodowli *ex vivo* komórek pobranych z fragmentów guzów) w porównaniu z liniami hodowanymi w formie A i może stanowić wiarygodne narzędzie do oceny aktywności związków o potencjale przeciwnowotworowym, szczególnie tych, które mają powinowactwo do NKM.

POSTĘPOWANIE W PRZETOKACH TRZUSTKOWYCH TYPU C PO PANKREATODUODENEKTOMII

Marek Wroński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Włodzimierz Cebulski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Tomasz Guzel (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Dominika Karkocha (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Gustaw Lech (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska)

Wstęp

Pankreatoduodenektomia obarczona jest wysokim ryzykiem powikłań pooperacyjnych i zgonu. Większość powikłań pooperacyjnych związana jest z nieszczelnością zespolenia trzustkowo-jelitowego. Sposób postępowania chirurgicznego w ciężkich przetokach trzustkowych (typu C według ISGPF) nie jest jednoznacznie określony.

Cel pracy

Ocena porównawcza technik stosowanych podczas reoperacji z powodu przetok trzustkowych typu C po pankreatoduodenektomii.

Metodyka

W okresie od stycznia 2004 r. do kwietnia 2017 r. ciężka przetoka trzustkowa wymagająca reoperacji wystąpiła u 20 chorych po pankreatoduodenektomii. Grupę badaną stanowiło 11 mężczyzn i 9 kobiet. Mediana wieku chorych wynosiła 64,5 lat. Przeprowadzono retrospektywną analizę stosowanych metod operacyjnych i wyników leczenia.

Wyniki

U 5 z 20 chorych wykonano drenaż okolicy zespolenia trzustkowo-jelitowego, w tym u 3 chorych założono dodatkowe szwy uszczelniające zespolenie trzustkowe. Wszyscy chorzy po drenażu okolicy zespolenia trzustkowo-jelitowego wymagali kolejnej reoperacji. U 5 z 19 chorych wykonano zmodyfikowaną wirsungostomię (rozłączenie zespolenia trzustkowego, zamknięcie pętli jelita cienkiego z jej podszyciem do tylnego brzegu kikuta trzustki i drenaż zewnętrzny przewodu trzustkowego na cewniku). U 2 chorych po wirsungostomii przeprowadzono planową rekonstrukcję zespolenia trzustkowego, wykonując zeszywanie przedniej części zespolenia jelitowo-trzustkowego. U 2 chorych, w okresie oczekiwania na rekonstrukcję, cewnik uległ samoistnemu usunięciu. U 1 chorego wykonano jego repozycję pod kontrolą TK. U drugiej chorej nie udało się reponować cewnika i wykonano drenaż przezskórny zbiornika płynu trzustkowego, a po kilku miesiącach doszło do samoistnego zamknięcia się przetoki u tej chorej. U kolejnych 10 chorych wykonano pankreatektomię uzupełniającą z resekcją pozostawionej części trzustki. Śmiertelność po reoperacji wynosiła odpowiednio 80% po drenażu okolicy zespolenia trzustkowo-jelitowego, 50% po pankreatektomii uzupełniającej i 25% po wirsungostomii.

Wnioski

Wirsungostomia jest zachęcającą metodą leczenia ciężkich przetok trzustkowych po pankreatoduodenektomii. Pankreatektomia uzupełniająca jest definitywnym sposobem leczenia przetoki trzustkowej, ale wiąże się z wysoką śmiertelnością. Drenaż okolicy zespolenia trzustkowo-jelitowego nie jest zalecany ze względu na wysoką śmiertelność i częstą konieczność reoperacji.

ODLEGŁE SKUTKI I JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH PO USZKODZENIU DRÓG ŻÓŁCIOWYCH WE WNĘCE WĄTROBY PODCZAS CHOLECYSTEKTOMII

Włodzimierz Otto (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),
Krzysztof Dudek (Katedra i klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),
Bogusław Najnigier (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),
Justyna Smaga (I-szy Wydział Lekarski, Warszawa, Polska),
Janusz Sierdziński (Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),
Krzysztof Zieniewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska)

Wstęp

Uszkodzenie dróg żółciowych we wnętrzu wątroby jest poważnym powikłaniem. U wielu chorych rozwija się stan kalectwa dróg żółciowych.

Cel pracy

Ocena odległego wyniku leczenia i jakości życia chorych.

Metodyka

Oceniono 236 chorych z uszkodzeniem przewodu wątrobowego (D2/D3 Hannover), skierowanych z oddziałów rejonowych w latach 1990–2005. U 139 chorych (59%) na oddziale rejonowym podjęto naprawę uszkodzenia, lecz: 59 z nich (grupa A) wymagało reoperacji z powodu wczesnego zwężenia zespolenia, a 80 (grupa B) z powodu jego rozejścia się. U 97 chorych (41%) nie podejmowano naprawy, lecz: 39 (grupa C) skierowano z żółtaczką spowodowaną klipsem zamykającym pww, a 58 (grupa D) z przetoką żółciową. U wszystkich wykonano hepatico-jejunostomię sposobem Roux-Y. W ocenie odległych skutków rekonstrukcji uwzględniono rodzaj i nasilenie powikłań towarzyszących uszkodzeniu. Czynniki istotne rokowniczo ustalono w wieloczynnikowej analizie statystycznej. W 2015 r. 199 (84%) chorych uczestniczyło w ankiecie jakości życia na podstawie kwestionariusza WHO QOL-BREF.

Wyniki

Operacja rekonstrukcyjna zakończyła się powodzeniem w ponad 80% przypadków, powikłania 11%, śmiertelność 4.7%, czas obserwacji po rekonstrukcji od 120 do 240 miesięcy (średnio 159). Dziesięcioletni okres bezobjawowy zaobserwowano u 72% chorych z grupy C, u 60% z grupy A, lecz 46% i 43% z grupy B i D ($X^2 = 15,6$, $p < 0,001$). Średni czas do reoperacji wynosił 8,9 lat w grupie C, lecz 7,1 lat w A, 5,1 lat w B i 4,7 lat w D ($X^2 = 10,52$, $p < 0,04$). Medianę jakości życia w całej 199-osobowej grupie ustalono na 67 Transformed Points (TP). Życie chorych z grupy C okazało się lepsze w zakresie Domeny 1 (Physical Health = 69 TP) i Domeny 2 (Psychological Conditions = 79 TP) w stosunku do 47–58 TP u chorych z grup A, B, D. ($p < 0,004$). W zakresie Domeny 3 (Social Functioning) i Domeny 4 (Environment) wynik 63–75 TP nie wyróżnił żadnej z grup chorych (NS). Analiza wieloczynnikowa wskazała kolekcję żółci i zakażenie ($OR = 6,2$, $p < 0,001$), niepowodzenie operacji naprawczej na oddziale rejonowym ($OR = 4,2$, $p < 0,005$) i zapalenie dróg żółciowych ($OR = 4,1$, $p < 0,005$) poprzedzające rekonstrukcję oraz płeć żeńską ($OR = 2,1$, $p < 0,01$) jako czynniki skracające okres bezobjawowy.

Wnioski

Zadawalający wynik i jakość życia po rekonstrukcji uszkodzenia dróg żółciowych we wnętrzu wątroby uzyskało ponad 70% leczonych. Wynik był lepszy, gdy operację naprawczą podjęto wcześniej i u chorych skierowanych bez prób naprawy w jednostkach podstawowych.

WPŁYW STOSOWANIA PROTEKCYJNEJ TERAPII PODCIŚNIENIOWEJ NA CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ZAKAŻENIA MIEJSCA OPEROWANEGO W MIEJSCU LIKWIDACJI ILEOSTOMII PĘTŁOWEJ. WYNIKI WSTĘPNE PROSPEKTYWNEGO RANDOMIZOWANEGO BADANIA WIELOOŚRODKOWEGO

Adam Bobkiewicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UM, Poznań, Polska),

Wojciech Francuzik (Department of Dermatology, Venerology and Allergology Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Niemcy),

Łukasz Krokowicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UM, Poznań, Polska),

Dominik Walczak (Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, Bełchatów, Polska),

Jacek Szmeja (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UM, Poznań, Polska),

Tomasz Banasiewicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UM, Poznań, Polska)

Wstęp

Likwidacja ileostomii pętłowej wiąże się z wysokim wskaźnikiem zakażenia miejsca operowanego, sięgającym 40%. Terapia podciśnieniowa (*negative pressure wound therapy* – NPWT) wpływa na redukcję obrzęku miejscowego i eliminację wydzieliny z rany, stymuluje granulację, wpływa na poprawę mikrokrażenia oraz oksygenację tkanek oraz zmniejsza retrakcję boczną brzegów rany.

Cel pracy

Celem pracy była analiza skuteczności prewencyjnego zastosowania terapii podciśnieniowej na występowanie zakażenia miejsca operowanego, tworzenia się krwiałków oraz rozejścia rany chirurgicznej.

Metodyka

Do badania włączono 30 pacjentów randomizowanych do jednej z grup: grupa I – kontrolna – opatrunek standardowy (jałowa gaza, plaster); grupa II – NPWT (Pico 10 × 20 cm, Smith & Nephew). Operację przeprowadzano z dostępu okołostomijnego. Po odpreparowaniu pętli jelitowej i jej zeszczeniu, zeszczeniu otrzewnej i powięzi, skórę zeszyto szwami pojedynczymi niewchłaniającymi 3–0. Na ranę zakładano opatrunek standardowy (grupa I), który zmieniano codziennie, lub opatrunek NPWT (grupa II) zmieniany co 3 dni. Ocenę miejsca operowanego przeprowadzano codziennie, poziom stanu zapalnego (CRP) oraz natężenie bólu (VAS) analizowano co 3 dni. Zakażenie miejsca operowanego oceniano według kryteriów Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Obserwację prowadzono do 30. dnia po operacji.

Wyniki

Stosunek kobiet do mężczyzn wyniósł 0,69 oraz 1,14, podczas gdy BMI wynosiło $25,9 \pm 4,4$ oraz $22,7 \pm 4,7$, odpowiednio w grupie I oraz w grupie II. W obu grupach najczęstszą przyczyną pierwotnej operacji było wrzodziejące zapalenie jelita grubego, odpowiednio w 53% (8/15) oraz 80% (12/15). Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy grupami badanymi w długości czasu operacji ($74,7 \pm 22,9$ vs $80,3 \pm 25,7$ minut) oraz długości rany chirurgicznej ($6,9 \pm 1,3$ vs $6,8 \pm 1,5$ cm) ($p > 0,05$). Zakażenie miejsca operowanego wykazano u 26% (4/15) oraz 13% (2/15) pacjentów, odpowiednio w grupie I oraz II ($p = 0,65$). Krwiałek lub rozejście się rany chirurgicznej obserwowano u 39% (6/15) pacjentów w grupie I, podczas gdy w grupie II nie wykazano ww. powikłań. W 1. i 3. dobie po zabiegu stopień natężenia bólu (VAS) był statystycznie niższy w grupie II w porównaniu z grupą I ($p < 0,05$).

Wnioski

NPWT jest skutecznym postępowaniem profilaktycznym zakażenia miejsca operowanego w polu operacyjnym skażonym. Stosowanie NPWT wiąże się z niższym wskaźnikiem występowania krwiałków, rozejścia się rany oraz mniejszymi dolegliwościami bólowymi.

OCENA METODY POSTERIOR COMPONENT SEPARATION W LECZENIU OLBRYMICH PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH

Andrzej Ratajczak (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UMP, Poznań, Polska)

Wstęp

Olbrymie przepukliny brzuszne pozostają nadal trudnym wyzwaniem klinicznym dla chirurga. W niniejszej pracy przedstawiono zastosowanie stosunkowo nowej metody, jaką jest Posterior Component Separation w leczeniu chorych z rozległym ubytkiem w przedniej ścianie brzucha.

Cel pracy

Ocena zastosowania metody PCS w leczeniu przepuklin brzusznych olbrymich.

Metodyka

Badaniem objęto 20 chorych z olbrymimi przepuklinami brzuszными, leczonych w Klinice od czerwca 2015 r. do maja 2017 r., u których zastosowano technikę PCS. Technikę stosowano u chorych z rozległymi ubytkami w przedniej ścianie brzucha, u których konieczne było wydłużenie powłoki brzusznej. Do zabiegu kwalifikowano chorych z przepuklinami w linii środkowej ciała. U 13 chorych wykonano rozdzielenie przedziałów powięziowych z odcięciem mięśnia poprzecznego brzucha (TAR) po obydwu stronach, u 7 wystarczyło wykonanie PCS po jednej stronie. U wszystkich operowanych chorych wszczepiono dużą siatkę polipropylenową w pozycji sublay. Oceniano powikłania śród- i pooperacyjne oraz powikłania odległe w postaci nawrotów i przewlekłego bólu pooperacyjnego.

Wyniki

Nie stwierdzono poważnych powikłań śródoperacyjnych. W przebiegu pooperacyjnym 2 chorych wymagało terapii respiratorem w warunkach OIOM ze względu na niewydolność oddechową po zabiegu. U 4 kolejnych chorych występowała duszność w pierwszych

3–4 dniach po zabiegu, niewymagająca respiratoroterapii. U 3 chorych wystąpił rozległy krwiak i zasinienie dolnej części powłoki brzusznej, które leczono zachowawczo. U 1 z tych chorych obserwowano przedłużone gojenie rany z wyciekami treści surowiczej przez 2 miesiące po zabiegu. W dotychczasowym monitorowaniu nie stwierdzono nawrotów. Żaden z chorych nie skarży się na przewlekły ból po operacji.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują na dużą skuteczność metody. Powinna być ona zawsze rozważona w przypadku olbrymich przepuklin brzusznych jako alternatywa dla operacji Ramireza (ACS) czy open-IPOM.

PORÓWNANIE WYNIKÓW OPERACJI PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH Z UŻYCIEM SIATKI SAMOMOCUJĄCEJ Z KLASYCZNYM ZABIEGIEM METODĄ LICHTENSTEINA

Mateusz Zamkowski (Powiatowe Centrum Zdrowia PCZ Kartuzy, Kartuzy, Polska),
Wojciech Makarewicz (Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie, Kościerzyna, Polska),
Jerzy Ropel (Powiatowe Centrum Zdrowia PCZ Kartuzy, Kartuzy, Polska)

Wstęp

Metoda Lichtensteina stanowi złoty standard w leczeniu przepuklin pachwinowych od ponad 20 lat. Metoda Lichtensteina rozwiązuje problem nawrotów, ale jednocześnie wiąże się z ryzykiem wystąpienia dolegliwości bólowych pachwiny, zarówno we wczesnym, jak i odległym okresie pooperacyjnym. Przede wszystkim przewlekłe pozabiegowe bóle pachwiny negatywnie wpływają na jakość życia i satysfakcję pacjentów po zabiegach. Za jedną z przyczyn uznaje się sposób mocowania siatki z użyciem szwu niewchłanialnego, co może prowadzić do przypadkowego chwycenia nerwów w linię szwu, napinania więzadła pachwinowego, niezamierzonego chwycenia okostnej guzka kości łonowej. Siatka samomocująca, pokryta z jednej strony polimlekowymi mikrohaczykami, zapewnia mocowanie do podłoża bez konieczności stosowania szwu. Hipotetycznie powinno wpłynąć to na zmniejszenie pooperacyjnych dolegliwości bólowych.

Cel pracy

Porównanie wczesnych i odległych efektów zabiegów naprawczych z użyciem siatki samomocującej Parietene ProGrip z klasycznym zabiegiem metodą Lichtensteina.

Metodyka

W badaniu jednośrodkowym, randomizowanym, prospektywnym, jednostronnie zaślepionym (pacjent) wzięło udział 141 chorych operowanych z powodu pierwotnej przepukliny pachwinowej. Uzyskano dwie grupy chorych: kontrolną (LS) i badaną (PG), liczące odpowiednio 88 i 53 osoby. Pacjenci byli poddani 6-miesięcznej obserwacji.

Wyniki

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w nasileniu dolegliwości bólowych przy wypisie ze szpitala i w długim okresie obserwacji. Odsetek osób z bólami utrudniającymi codzienne funkcjonowanie (powyżej > 3 w skali NRS) w grupie PG i LS wyniósł odpowiednio 12% vs 13,5%. W okresie 30 dni po zabiegu chorzy operowani w grupie PG skarżyli się na większe nasilenie dolegliwości bólowych w skali NRS (2,0 vs 1,4) ($p = 0,0466$). Czas zabiegu w grupie PG był średnio o 9,4 minuty krótszy ($p = 0,0027$). Nie wykazano różnic statystycznych w zakresie innych powikłań wczesnych i późnych, nawrotowości, czasie hospitalizacji oraz czasie potrzebnym do powrotu do pełnego funkcjonowania oraz w poziomie zadowolenia pacjentów z efektów zabiegu.

Wnioski

Siatka samomocująca istotnie wpływa na skrócenie czasu zabiegu, ale jednocześnie nie rozwiązuje problemów pooperacyjnych bólów pachwiny. 30 dni po zabiegu nasilenie dolegliwości bólowych może być większe niż w grupie operowanej klasyczną techniką.

DOŚWIADCZENIA WŁASNE W WYKORZYSTANIU BŁON PŁODOWYCH – STAN OBECNY I NOWE PERSPEKTYWY

Agnieszka Klama-Baryła (Centrum Leczenia Oprzeń im. dr. Stanisława Sakiela, Siemianowice Śląskie, Polska),

Diana Kitala (Centrum Leczenia Oprzeń im. dr. Stanisława Sakiela, Siemianowice Śląskie, Polska),

Małgorzata Kraut (Centrum Leczenia Oprzeń im. dr. Stanisława Sakiela, Siemianowice Śląskie, Polska),

Wojciech Łabuś (Centrum Leczenia Oprzeń im. dr. Stanisława Sakiela, Siemianowice Śląskie, Polska),

Mariusz Nowak (Centrum Leczenia Oprzeń im. dr. Stanisława Sakiela, Siemianowice Śląskie, Polska),

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oprzeń im. dr. Stanisława Sakiela, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Siemianowice Śląskie, Polska)

Wstęp

Łożyisko płodowe jest dostępnym źródłem tkanek do przeszczepu. Ze względu na podstawową funkcję, właściwości odżywcze i budowę strukturalną łożyska przeszczepy łożyskowe znalazły zastosowanie w leczeniu rany.

Cel pracy

Prezentacja zastosowań klinicznych błon łożyskowych, w tym owodni ludzkiej, na podstawie doświadczeń ośrodka oparzeniowego.

Metodyka

W pracy przedstawiono wykorzystanie kliniczne owodni i innych rodzajów przeszczepów z łożyska. Zaprezentowano wstępne wyniki prac badawczych projektu „MEDPIG”, dotyczące wykorzystania łożysk pochodzących od świń transgeniczných jako źródła tkanek do przeszczepu.

Wyniki

Od sierpnia 2011 r. do marca 2017 r. w naszym banku tkanek przygotowano 252 592 cm² biostatycznych przeszczepów owodni ludzkiej. W tym okresie przeszczepiono je 528 pacjentom, w tym 10 pacjentom z zespołem Lyella. Przeprowadzono wstępne badania, w ramach których pozyskano łożyska od 5 świń transgeniczných i wypreparowano z nich przeszczepy owodni o powierzchni 27 426 cm².

Wnioski

Efekty kliniczne potwierdzają celowość zastosowania ludzkiej owodni w leczeniu ran. Przeszczep owodni w zespole Lyella stanowi nowy standard leczenia, co potwierdzono bardzo dobrym efektem klinicznym. Z pobranych łożysk od zwierząt transgeniczných przygotowano znacząco więcej przeszczepów w stosunku do przeszczepów przygotowanych z materiału ludzkiego, co stanowi przewagę tego źródła łożysk w stosunku do tkanek ludzkich.

Prezentowana praca uzyskała wsparcie finansowe z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (umowa nr INNOMED/I/17/NCBR/2014) w ramach programu „INNOMED”, pt. „Opracowanie innowacyjnej technologii wykorzystania tkanek transgeniczných świń dla celów biomedycznych”. Akronim: „MEDPIG”

CZY WSZCZEPIENIE SZTUCZNEJ OPASKI HYDRAULICZNEJ JEST SZANSĄ NA POPRAWĘ KONTROLI FIZJOLOGICZNYCH, A POPRZECZ TO PSYCHOLOGICZNYCH ORAZ SPOŁECZNYCH FUNKCJI PACJENTÓW CIERPIĄCYCH NA KRAŃCOWE NIETRZYMANIE STOLCA?

Dorota Żelazny (Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza, Kraków, Polska),

Michał Romaniszyn (III Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Kraków, Polska),

Piotr Wałęga (III Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Kraków, Polska)

Wstęp

Dla pacjentów cierpiących na krańcowe nietrzymanie stolca, ze względu na wrodzony brak lub nabyte uszkodzenie zwieraczy, a poprzez to – utratę fizjologicznej kontroli i możliwości pełnienia psychospołecznych funkcji, poddanie się zabiegowi wszczepienia sztucznego zwieracza jelitowego (hydraulicznej opaski) jest często jedyną nadzieją na poprawę w zakresie kontroli aktu defekacji, biopsychospołecznego funkcjonowania oraz jakości życia zdeteminowanej stanem zdrowia.

Cel pracy

Porównawcza analiza wpływu zastosowanej procedury chirurgicznej na stopień kontroli defekacji, a także na wskaźniki jakości życia w aspekcie behawioralnym, psychicznym, społecznym, w okresie przed oraz 3, 6 i 12 miesięcy po zabiegu.

Oceniano również, czy indywidualny sposób radzenia sobie z chorobą przez pacjentów ma wpływ na funkcjonalny efekt skuteczności zabiegu.

Metodyka

Badania objęły grupę 12 osób: 6 kobiet i 6 mężczyzn, w wieku od 36 do 60 lat.

Narzędziami badawczymi były skale mierzące nasilenie objawów (FISI oraz Wexnera). Do oceny psychospołecznego funkcjonowania w aspekcie behawioralnym, poznawczym, emocjonalnym i społecznym użyto skali FIQL. Zastosowano również Kwestionariusz Stylu Radzenia Sobie z Chorobą.

Wnioski

Analiza wyników wykazała, że wszczepienie sztucznego zwieracza jelitowego wpływa nie tylko na poprawę możliwości trzymania stolca (do 50–60% po zabiegu), ale również prowadzi do polepszenia funkcjonowania psychospołecznego we wszystkich ocenianych kategoriach. W kategorii: styl życia średnia ocena przed zabiegiem to 1,8 pkt., w badaniach kontrolnych po 3, 6 i 12 miesiącach uzyskano poprawę o ok. 0,5 pkt. Wartości skali: radzenie sobie – mechanizmy zaradcze w stosunku do 2 pkt. przed interwencją chirurgiczną poprawiły się o 0,5 pkt. po 3 i 6 miesiącach, oraz 0,2 pkt. po 12 miesiącach, natomiast w skali: lęk – zażenowanie wyniki wzrosły o 0,4, 0,5 i 0,3 pkt. odnośnie do oceny wyjściowej – 1,6 pkt. Największy wzrost zadowolenia uzyskano w podkategorii: radzenie sobie z depresją – przed zabiegiem: 1,9 pkt., po 3 miesiącach: 2,6, po 6: 3,3 oraz 3,9 pkt. po 12 miesiącach. Stwierdzono również, że – ze względu na specyfikę zabiegu (konieczność obsługi sztucznego implantu) – lepsze średnie wyniki w ocenie poprawy jakości życia uzyskali pacjenci skoncentrowani na zadaniu niż ci skupieni na emocjach. Zasadnym wydaje się zatem stwierdzenie, że ocena funkcjonowania biopsychospołecznego oraz jakości życia może być dobrym kryterium skuteczności zabiegu.

LECZENIE CHIRURGICZNE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Izabela Paszkiewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Copernicus PL, Gdańsk, Polska),

Ina Zając-Lenczewska (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Copernicus PL, Gdańsk, Polska),

Marek Dobosz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Copernicus PL, Gdańsk, Polska)

Wstęp

Choroba Leśniewskiego-Crohna jest przewlekłym, nieswoistym procesem zapalnym dotyczącym każdego odcinka przewodu pokarmowego. Stanowi zatem wyzwanie dla lekarzy różnych specjalności.

Cel pracy

Retrospektywna analiza własnego postępowania chirurgicznego u chorych operowanych z powodu choroby Leśniewskiego-Crohna, w latach 2007–2016.

Metodyka

Przeanalizowano dokumentację medyczną 88 pacjentów hospitalizowanych na oddziale – 53 mężczyzn i 35 kobiet w wieku 14–68 lat.

Wyniki

Przeważali chorzy ze zmianami okolicy krętniczo-kątniczej – 68. U 14 pacjentów proces chorobowy obejmował lewą połowę okrężnicy oraz odbytnicę. W 2 przypadkach przewlekły proces zapalny dotyczył dwunastnicy. Pacjenci przed ostatecznym leczeniem operacyjnym hospitalizowani byli kilkakrotnie celem pogłębienia diagnostyki i leczenia żywieniowego. U chorych ze zmianami zlokalizowanymi w okolicy krętniczo-kątniczej wykonywano resekcję zmienionego zapalnie odcinka jelita cienkiego i kątnicy z pierwotnym zespoleniem jelita krętego z wstępnicą w granicach

makroskopowo zdrowych tkanek. U 4 pacjentów dokonano odcinkowej resekcji jelita cienkiego z jednoczasową strukturoplastyką. U chorych operowanych z powodu zmian w jelicie grubym wykonano: hemikolektomię lewostronną (2), hemikolektomię lewostronną z resekcją esicy i górnej odbytnicy (1), kolektomię z zespoleniem krętniczo-esiczym (4), resekcję esicy (3), resekcję odbytnicy (1), amputację odbytnicy (1). Z powodu zmian w lokalizacji krętniczo-kątniczej wykonano łącznie 25 hemikolektomii prawostronnych oraz 43 resekcje kątnicy i jelita terminalnego. U 2 pacjentów wyłoniono sigmoidostomię z powodu zwężeń na tle guzów zapalnych odcinka esiczo-odbytniczego. U 4 pacjentów wykonano rekonstrukcję przewodu pokarmowego, zamykając przetoki jelitowe po uprzednich zabiegach. U chorych z zajęciem dwunastnicy wykonano omijające zespolenia żołądkowo-jelitowe. W przebiegu pooperacyjnym zanotowano następujące powikłania: krwawienie, zakażenie rany operacyjnej, zgon. W ciągu kilkuletniej obserwacji u 1 pacjenta rozpoznano nawrót choroby w miejscu zespolenia, po pierwotnej resekcji krętniczo-kątniczej.

Wnioski

Wycięcie zmian zapalnych o lokalizacji krętniczo-kątniczej daje długotrwałą poprawę po leczeniu operacyjnym. Lokalizacja odbytowo-odbytnicza wiąże się z większą liczbą niepowodzeń leczenia. Właściwa kwalifikacja w odpowiednim okresie choroby wymaga interdyscyplinarnego podejścia.

LECZENIE ŻYWIENIOWE W WARUNKACH DOMOWYCH CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM RAKIEM ŻOŁĄDKA

Marcin Folwarski (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia- Podmiot Leczniczy Copernicus sp. z o.o. Gdańsk, Poradnia żywienia do i pozajelitowego w warunkach domowych. Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej Szpitala Specjalisty, Gdańsk, Polska),

Waldemar Szafrński (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia- Podmiot Leczniczy Copernicus sp. z o.o. Gdańsk, Poradnia żywienia do i pozajelitowego w warunkach domowych., Gdańsk, Polska),

Marek Dobosz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia- Podmiot Leczniczy Copernicus sp. z o.o. Gdańsk, Gdańsk, Polska)

Wstęp

Niedożywienie jest częstym problemem pacjentów leczonych z powodu nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego. Zespół anoreksja-kacheksja jest związany z gorszym rokowaniem i zwiększoną śmiertelnością pacjentów z rakiem żołądka. Chemioterapia, radioterapia oraz leczenie operacyjne prowadzą do nasilenia objawów i pogorszenia stanu odżywienia. Spadek masy mięśniowej powoduje zwiększenie toksyczności chemioterapii i jest czynnikiem ryzyka dyskwalifikacji z leczenia onkologicznego. Leczenie żywieniowe jest koniecznym elementem całego procesu terapeutycznego. W przypadku nieoperacyjnego raka żołądka, ze względu na wysoką niedrożność przewodu pokarmowego, chorzy wymagają najczęściej żywienia do jejunostomii odżywczej lub żywienia pozajelitowego do końca życia.

Cel pracy

Analiza metod leczenia żywieniowego w warunkach domowych pacjentów z rakiem żołądka.

Metodyka

Retrospektywnie przeanalizowano materiał chorych kwalifikowanych do żywienia domowego, w latach 2010–2017 w poradni żywienia do- i pozajelitowego COPERNICUS sp. z o.o. w Gdańsku. Szczegółowej analizie poddano pacjentów z rozpoznaniem raka żołądka.

Wyniki

Pośród wszystkich pacjentów objętych żywieniem domowym pacjenci z rakiem żołądka stanowili 22,3% (n = 121), 86% pacjentów kwalifikowano do HEN (domowe żywienie dojelitowe), 14% (n = 17) do HPN (domowe żywienie pozajelitowe). Średni wiek pacjentów wynosił 64 lat, mężczyźni stanowili 62,8%, kobiety 37,2%. W obserwowanej grupie: 10% (n = 13) pacjentów jest nadal żywionych w chwili publikacji, 85,5% – zmarło. U 53% pacjentów żywionych dojelitowo rozpoznano nieoperacyjnego raka żołądka, 14,8% – było po gastrektomii z pozostawieniem przetoki odżywczej, u 10% stwierdzono wznowę raka, 14% pacjentów ze względu na niedrożność przewodu pokarmowego i rozsiew wewnątrzbrzuszny choroby wymagało żywienia pozajelitowego. Średnia długość żywienia od chwili kwalifikacji wyniosła 152,6 dni.

Wnioski

Żywienie domowe pacjentów z rakiem żołądka w większości przypadków dotyczy zaawansowanej choroby bez możliwości leczenia operacyjnego, na etapie rozsiewu wewnątrzbrzuszny. W tej grupie pacjentów obserwowano krótkie przeżycia. Kwalifikacja do HPN u pacjentów paliatywnych z rakiem żołądka jest trudna, gdyż często nie wiadomo, czy objawy wynikają ze skrajnego niedożywienia, czy z rozpoczynającej się fazy umierania. Żywienie enteralne w przypadku rozsiewu wewnątrzbrzuszny jest w większości przypadków krótkotrwałe lub niemożliwe.

OCENA STĘŻENIA REZYSTYNY I LEPTYNY W SUROWICY CHORYCH Z GUZEM TRZUSTKI LECZONYCH OPERACYJNIE

Janusz Jopek (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze, Polska),

Jerzy Piecuch (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze, Polska),

Maciej Wiewióra (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze, Polska),

Elżbieta Świętochowska (Katedra i Zakład Biologii Medycznej i Molekularnej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze, Polska),

Monika Szrot (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zabrze, Polska)

Wstęp

Podobieństwo objawów klinicznych, badań laboratoryjnych i obrazowych u chorych z rakiem trzustki i guzem zapalnym stwarza olbrzymie problemy związane z podjęciem decyzji dotyczącej leczenia chirurgicznego i zakresu resekcji. W ostatnich latach dużą wagę przywiązuje się do poszukiwania nowych czynników predykcyjnych, ułatwiających diagnostykę różnicową guzów trzustki nowotworowych i zapalnych w okresie przedoperacyjnym.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena stężeń rezystyny i leptyny oznaczanych w surowicy chorych z guzem trzustki, poddanych leczeniu operacyjnemu, w okresie przedoperacyjnym.

Metodyka

61 chorych leczonych operacyjnie w Klinice od lipca 2014 r. do lutego 2017 r., spełniających kryteria włączenia, podzielono na dwie grupy. Do grupy I zakwalifikowano 46 chorych z rakiem trzustki (75,4%), w wieku 38–78 lat (średni wiek: $63,09 \pm 9,51$ lat). Grupę II stanowiło 15 chorych z przewlekłym zapaleniem trzustki (24,6%), w wieku 35–80 lat (średni wiek: $56,33 \pm 13,68$ lat). Badania biochemiczne z surowicy wykonano z materiału pobranego przed operacją. Stężenia rezystyny i leptyny w surowicy krwi oznaczano metodą immunoenzymatyczną z wykorzystaniem testów firmy Bio-Vendor LLC (BioVendor – Laboratorní medicína a.s., Czechy). Odczyty absorbancji przeprowadzano, korzystając z aparatu Universal Microplate Spectrophotometer μ QUANT firmy BioTek INC (BioTek – World Headquarters, California, USA), przy długości fali 450 nm, a wyniki opracowano przy użyciu programu komputerowego KCJunior (BioTek, USA).

Wyniki

Wśród badanych w grupie I było 24 mężczyzn i 22 kobiety, natomiast grupę II stanowiło 13 mężczyzn i 2 kobiety. Porównując wiek chorych z rakiem trzustki i z przewlekłym zapaleniem trzustki, stwierdzono istotną różnicę ($p = 0,037$). W obu grupach guz trzustki był najczęściej zlokalizowany w głowie trzustki i występował u 28 chorych (45,9%). W grupie I najczęstszy zabieg operacyjny stanowiło wycięcie głowy trzustki i dwunastnicy, które wykonano u 19 chorych (41,3%). W grupie II zabieg operacyjny najczęściej polegał na pobraniu wycinków do badania histopatologicznego, które przeprowadzono śródoperacyjnie u 7 badanych (46,7%). Stwierdzono istotnie wyższe stężenie rezystyny ($p = 0,000349$) w surowicy chorych grupy I, w porównaniu do chorych grupy II – dwukrotnie wyższe. W stężeniu leptyny nie zanotowano istotnych różnic w badanych grupach ($p = 0,75668$).

Wnioski

Podwyższony poziom stężeń rezystyny w surowicy może wskazywać na nowotworowy charakter guza.

ANALIZA SKŁADU CIAŁA METODĄ BIOIMPEDANCJI ELEKTRYCZNEJ ORAZ WYBRANYCH PARAMETRÓW BIOCHEMICZNYCH CELEM OCENY STANU ODŻYWIENIA U PACJENTÓW PRZED I PO ZABIEGU RESEKCJI WĄTROBY

Małgorzata Fedosiejew (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),

Michał Ławiński (Kadera i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),

Aneta Jachnis (Kadera i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),

Dariusz Włodarek (Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Warszawa, Polska),

Paweł Nyckowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),

Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska)

Wstęp

Wątroba jest organem pełniącym najważniejszą rolę w procesach anabolicznych i katabolicznych. Metabolizuje niezbędne dla człowieka węglowodany, lipidy i białka. Prawidłowa wydolność tego narządu warunkuje homeostazę organizmu. Zespoły chorobowe dotyczące patologicznych funkcji pracy wątroby powodują odwracalne lub nieodwracalne zaburzenia w funkcjonowaniu wielu narządów wewnętrznych. Z drugiej strony rezerwa czynnościowa wątroby jest duża i dane literaturowe wskazują, iż resekcja do 70% tego narządu nie powinna skutkować poważnymi zaburzeniami metabolicznymi.

Cel pracy

Celem pracy była ocena stanu odżywienia chorych przed i po zabiegu resekcji wątroby. Analizowano stan odżywienia chorych na podstawie badań składu ciała oraz badań laboratoryjnych świadczących o stanie odżywienia oraz wydolności wątroby.

Metodyka

Badaniem objęto 40 chorych poddanych resekcjom wątroby, które przeprowadzono od stycznia do czerwca 2017 r. U 31 chorych powodem resekcji były zmiany metastatyczne, u pozostałych 9 – zmiany pierwotne. U 28 chorych wykonano zabiegi segmentektomii, u 9 hemihepatektomie, pozostałych 3 chorych poddanych zostało zabiegom termoablacji lub uznanych jako niekwalifikujący się do zabiegu operacyjnego. Analizy składu ciała wykonywano aparatem Akern, model BIA 101 Anniversary. Analizowano laboratoryjne wykładniki stanu odżywienia oraz parametry wydolności wątroby w połączeniu z wykładnikami stanu zapalnego. W 8. dobie po resekcji wątroby badania powtarzano, porównując kolejno z analizami wykonanymi przed operacją.

Wyniki

Po przeprowadzonych dużych zabiegach resekcji wątroby (hemihepatektomie) stwierdzono obniżenie stężenia białka całkowitego (7,3–6,3 g/dl), albuminy (4,0–3,3 g/dl), hemoglobiny (12,2–10,9 g/dl), cholesterolu (196–159 mg/dl) oraz TG (89,7–78,5 mg/dl). Pogorszeniu uległy parametry stanu wydolności wątroby: bilirubina (0,46–0,54 mg/dl), ALT (57–91 U/l), oraz wykładniki stanu zapalnego CRP (12,9 –31,2 mg/l). W analizie składu ciała metodą bioimpedancji elektrycznej po resekcji wątroby stwierdzono zmniejszenie tkanki mięśniowej w porównaniu do wyników badań wykonywanych przed zabiegiem.

Wnioski

Resekcja wątroby powoduje pogorszenie biochemicznych wykładników stanu odżywienia, szczególnie białka całkowitego i albumin. Ubytek masy mięśniowej potwierdzony został metodą BIA. W dużych resekcjach wątroby (hemihepatektomia) stwierdza się znacznie większe pogorszenie stanu odżywienia w porównaniu z małymi zabiegami resekcji wątroby (segmentektomia).

ROLA WSKAŹNIKA WĘZŁOWEGO W ANALIZIE ROKOWANIA CHORYCH NA RAKA ŻOŁĄDKA

Natalia Spychalska (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyrńskie Centrum Onkologii, Szpitale Wojewódzkie w Gdyni., Gdynia, Polska),

Maciej Ciesielski (1.Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyrńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie 2. Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdynia, Polska),

Mariusz Szajewski (1.Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyrńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie 2. Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdynia, Polska),

Jacek Zieliński (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Gdańsk, Polska),

Jakub Walczak (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyrńskie Centrum Onkologii, Szpitale Wojewódzkie w Gdyni., Gdynia, Polska),

Jarosław Szefel (1.Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyrńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie 2. Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdynia, Polska),

Wiesław Janusz Kruszewski (1.Oddział Chirurgii Onkologicznej, Gdyrńskie Centrum Onkologii, Szpitale Pomorskie 2. Zakład Propedeutyki Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdynia, Polska)

Wstęp

Adekwatna limfadenektomia jest ważnym elementem w chirurgii raka żołądka. Stopień zajęcia węzłów chłonnych determinuje wyniki leczenia chorych na ten nowotwór. Właściwe oszacowanie stadium zaawansowania w zakresie układu chłonnego pozwala na uzyskanie jak najlepszych efektów klinicznych. Klasyfikacja oparta na wskaźniku węzłowym wyraża stosunek przerzutowych do wszystkich usuniętych węzłów chłonnych.

Cel pracy

Celem badania jest ocena wskaźnika węzłowego pod względem wartości prognostycznej w raku żołądka.

Metodyka

Do badania włączono 249 chorych operowanych z powodu gruczolakoraka żołądka w 2 ośrodkach chirurgii onkologicznej w województwie pomorskim w latach 2006–2013. Kryteria wyłączenia obejmowały: obecność przerzutów odległych, brak wyciętych węzłów chłonnych w preparacie oraz zgon okołoperacyjny. Chorych przydzielono do grup w zależności od wartości wskaźnika węzłowego: 0 – bez przerzutów ($n = 80$), I – 0,02–0,09 ($n = 34$), II – 0,1–0,24 ($n = 42$), III – 0,25–1 ($n = 93$). Minimalny czas obserwacji wynosił 36 miesięcy. Punktami końcowymi badania były: wskaźnik przeżyć 3-letnich oraz całkowity czas przeżycia chorych.

Wyniki

Przerzuty raka do węzłów chłonnych stwierdzono u 169 chorych (67,9%). Średnia liczba usuniętych węzłów chłonnych w całej badanej grupie wyniosła 21. Odsetki przeżyć 3-letnich wyniosły kolejno: 0 – 81%, I – 65%, II – 59%, III – 53% ($p = 0,00009$). Stwierdzono również znamienny wpływ indeksu węzłowego na całkowite przeżycia chorych (w miesiącach: 0 – 66, I – 55, II – 42, III – 41, $p = 0,00008$). Dla prezentowanej grupy chorych, przy wykorzystaniu krzywych ROC i pola pod krzywymi, porównano czułość indeksu węzłowego i cechy N (według 7. edycji klasyfikacji TNM)

Wnioski

Wskaźnik węzłowy stanowi bardzo silny, niezależny czynnik rokowniczy chorych operowanych z powodu raka żołądka.

ODLEGŁE WYNIKI PRZESZCZEPIANIA TRZUSTKI W POLSCE

Paweł Skrzypek (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),

Kaja Śmigiełska (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),

Jarosław Czerwiński (Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego WUM i Poltransplant, Warszawa, Polska),

Wojciech Lisik (Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM, Warszawa, Polska),

Jacek Ziaja (Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej ŚUM, Katowice, Polska),

Robert Król (Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej ŚUM, Katowice, Polska),

Lech Cierpka (Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej ŚUM, Katowice, Polska),

Tadeusz Grochowicki (Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM, Warszawa, Polska),

Sławomir Nazarewski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM, Warszawa, Polska),

Jacek Szmidt (Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM, Warszawa, Polska),

Marek Durlik (Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Szpitala MSW, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, Warszawa, Polska),

Maciej Kosieradzki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej WUM, Warszawa, Polska)

Wstęp

Przeszczepienie trzustki stanowi 1 z najlepszych możliwości terapeutycznych dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu I. Zabieg ten dedykowany jest ściśle wyselekcjonowanej grupie chorych, u których choroba podstawowa współistnieje z zagrażającymi zdrowiu lub życiu pacjenta powikłaniami, takimi jak: ciężkie hipoglikemie, retinopatia cukrzycowa czy zaawansowana nefropatia. Obecnie również wyselekcjonowani pacjenci z powikłaną cukrzycą typu II mogą odnieść korzyść z transplantacji. W latach 1998–2015 w 4 polskich ośrodkach zajmujących się transplantacją tego narządu wykonano 407 zabiegów przeszczepienia.

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja rezultatów transplantacji trzustki na podstawie wieloletnich doświadczeń klinik przeszczepiających ten narząd.

Metodyka

Od początku 1998 r. do końca listopada 2015 r. dokonano w Polsce 407 transplantacji trzustki. Przeszczepienia wykonuje się w 4 aktywnych ośrodkach – 3 warszawskich oraz 1 w Katowicach. 370 przeszczepów trzustkowych było elementem jednoczasowego przeszczepienia trzustki i nerki, natomiast 37 przeszczepiono w układzie Pancreas Transplantation Alone (PTA). Najwięcej transplantacji wykonano w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (37%), 24% w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, 21% w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz 18% w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Transplantacje PTA wykonywane były w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w liczbie 21, w SK Dzieciątka Jezus – 13, oraz w SPSK w Katowicach – 3. Dane z obserwacji udało się uzyskać dla 406 biorców. Pozostawia to jeden rekord, co do którego powodzenie transplantacji jest nieznane.

Wyniki

Najwyższe ryzyko powikłań chirurgicznych transplantacji (m.in. zakrzepicy i zgonów okołoperacyjnych) istnieje w trakcie 1. roku od przeszczepienia (stąd modele predykcyjne przydatności narządu do przeszczepienia opracowane są na podstawie rocznych przeżyć). W badanej populacji rok z funkcjonującym przeszczepem przeżyło 71% biorców trzustki, 5 lat – 60,9%, a 10 lat – 48%.

Wnioski

Wyniki przeszczepienia trzustki determinuje wysoka liczba powikłań w pierwszych kilku miesiącach od przeszczepienia. Mimo to przeżycia odległe są satysfakcjonujące.

ANALIZA WYNIKÓW LECZENIA 2500 PACJENTÓW LECZONYCH Z POWODU ZRÓŻNICOWANEGO RAKA TARCZYCY W JEDNYM OŚRODKU

Marek Dedecjus (Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa, Polska),

Paulina Urban (Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa, Polska),

Jacek Gałczyński (Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa, Polska),

Piotr Góralski (Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa, Polska),

Elżbieta Stachlewska-Nasfeter (Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa, Polska)

Wstęp

Zróżnicowany rak tarczycy (ZRT) – czyli rak brodawkowaty (RBT) i rak pęcherzykowy (RPT) – to choroba o niskiej śmiertelności. Jednocześnie obserwuje się globalny wzrost zachorowalności na ten typ nowotworów, co prawdopodobnie jest skutkiem zwiększenia dostępności i jakości diagnostyki.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było poddanie analizie grupy pacjentów leczonych z powodu ZRT w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, w latach 1995–2015.

Metodyka

Analizowaną grupę stanowiło 2578 pacjentów leczonych i monitorowanych w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Czas *follow-up* został skalkulowany jako czas pomiędzy rozpoczęciem leczenia i 31 grudnia 2015 r. lub śmiercią pacjenta. Leczenie polegało na całkowitym wycięciu tarczycy z odpowiednią limfadenektomią, leczeniu ¹³¹I oraz leczeniu supresyjnym. Śmiertelność określono jako iloraz liczby zgonów do całkowitej liczby pacjentów. Wskaźnik na osobę na rok został policzony jako iloraz liczby zgonów przez sumę lat *follow-up*.

Wyniki

W analizowanej grupie było 2221 kobiet i 357 mężczyzn, średni wiek w momencie diagnozy wynosił 46,7 lat, średni czas *follow-up* – 6,7 lat (1–10,5 roku). Całkowita śmiertelność wynosiła 4,52% i była największa u pacjentów z typem wyspowym RPT (36%), a najniższa dla pacjentów z klasycznym podtypem RBT (3,41%). Czynniki zwiększające śmiertelność to: płeć męska, wiek > 45 lat, średnica nowotworu > 3 cm, pT > 2, N1b, M1, naciek pozatarczycowy i angioinwazja. Wielogniskowość nie miała wpływu na przeżycia pacjentów z ZRT.

Wnioski

Prawidłowo leczony ZRT ma bardzo dobre rokowanie, chociaż pacjenci z wyspowym typem RPT wymagają agresywnego leczenia chirurgicznego i uzupełniającego. Biorąc pod uwagę bardzo dobre rokowanie i niską śmiertelność, pacjenci z klasycznym wariantem RBT, < 45. r.ż., z N0 lub N1a, M0 i pT1-2 bez angioinwazji i nacieku pozatarczycowego w badaniu histopatologicznym powinni być leczeni mniej radykalnie. Jednakże większość z powyższych czynników jest definiowana pooperacyjnie, dlatego istnieje kliniczna potrzeba odkrycia markera/markerów pozwalających na zastosowanie mniej radykalnego leczenia chirurgicznego. Alternatywnym postępowaniem może być lobektomia z ipsilateralną limfadenektomią centralną w przypadkach klinicznego podejrzenia, ograniczonego do 1 płata ZRT niskiego ryzyka.

OPERACJE BARIATRYCZNE U SUPEROTYŁYCH CHORYCH LECZONYCH BALONEM ŻOŁĄDKOWYM PRZED OPERACJĄ

Piotr Kalinowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),

Rafał Paluszkiewicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),

Piotr Remiszewski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska),

Krzysztof Zieniewicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska)

Wstęp

Chorzy z BMI ≥ 50 poddani operacji bariatrycznej są obciążeni większym ryzykiem powikłań w okresie okołoperacyjnym, a operacje stają się trudniejsze technicznie. Tym chorym zaleca się przedoperacyjną utratę masy ciała. Zastosowanie typowych metod leczenia zachowawczego jest niewystarczające. Jako dobrą alternatywę wyróżnia się leczenie endoskopowe z użyciem balonu żołądkowego.

Cel pracy

Ocena wyników leczenia otyłości balonem żołądkowym u chorych z BMI ≥ 50 przed operacją bariatryczną oraz ocena wyników pooperacyjnych.

Metodyka

30 chorych z otyłością patologiczną, z BMI ≥ 50 , zakwalifikowanych do operacji bariatrycznej było leczonych balonem żołądkowym w okresie przedoperacyjnym. Mediana czasu leczenia balonem wynosiła 183 (132–384) dni. Wszyscy chorzy zostali zoperowani, u 20 wykonano operację rękawowej resekcji żołądka (Sleeve Gastrectomy, SG), u 10 operację wytworzenia małego żołądka z zespoleniem żołądkowo-jelitowym Roux-en-Y (Roux-en-Y Gastric Bypass, RYGB). Chorzy byli kontrolowani w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu po operacji.

Wyniki

Mediana masy ciała przed leczeniem wynosiła 174,5 (139–256) kg, BMI 59,2 (52–79), a utrata masy ciała po leczeniu balonem – 22,7 (10–65) kg. Odsetek utraty nadmiaru masy ciała (% excess weight loss, %EWL) wyniósł 23,5% (9–65%). Masa ciała przed operacją i w kolejnych okresach obserwacji (0, 1, 3, 6, 9, 12 miesięcy) wynosiła odpowiednio: 150 (91–198) kg, 141,7 (81–177) kg, 131,5 (95–168) kg, 113 (68–160) kg, 112,1 (86–147) kg, 105,6 (86–156) kg. %EWL po 12 miesiącach po operacji wyniósł 44,9% (19–66%), natomiast po całym okresie leczenia (balon i operacja) 62,1% (42–93%). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy chorymi po operacji SG i RYGB. W okresie leczenia balonem i w okresie okołoperacyjnym nie stwierdzono zgonów ani poważnych powikłań.

Wnioski

Leczenie balonem żołądkowym przed operacją bariatryczną u chorych z otyłością znacznego stopnia (BMI ≥ 50) zapewnia bezpieczne przygotowanie chorych do operacji, a cały schemat leczenia pozwala na uzyskanie dobrych wyników końcowych.

ENDOSKOPOWE POSZERZANIE ŁAGODNYCH ZWĘŻEŃ PRZEŁYKU

Stanisław Malinger (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska),

Andrzej Dryjas (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska),

Tomasz Banasiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, Polska)

Wstęp

Poszerzanie endoskopowe uznaje się obecnie za najlepszą metodę leczenia większości łagodnych zwężeń przełyku, chociaż kontrowersje nadal budzi to, która z technik i dla jakiego rodzaju zwężeń jest najbardziej zalecana. W pracy zaprezentowano obserwacje dokonane na dużej liczbie chorych ze zwężeniami przełyku, przeprowadzanymi z różnych przyczyn i leczonymi za pomocą poszerzaczy Savary-Gilliard z drutem wiodącym lub poszerzaczy balonowych.

Cel pracy

Ocena endoskopowego poszerzania łagodnych zwężeń przełyku, powstałych z różnych przyczyn.

Metodyka

Przeprowadzono prospektywne badania opisowe poszerzania łagodnych zwężeń przełyku w okresie 27 lat, od stycznia 1995 r. do grudnia 2016 r. Ogółem wykonano 1842 zabiegi u 240 pacjentów. Leczenie uznano za odpowiednie, jeżeli światło przełyku udało się poszerzyć do szerokości 42 F. W przypadku nawrotu zwężenia, po początkowym skutecznym leczeniu, ponownie poszerzano do szerokości 42 F.

Wyniki

Badaniami objęto 240 pacjentów, w tym 97 kobiet i 143 mężczyzn. Wiek chorych wahał się od 4 do 73 lat (średnio: 54,1 lat). Okres obserwacji wynosił od 6 do 65 miesięcy. Najczęstszymi przyczynami zwężeń były: wypicie substancji żrących (94 chorych), GERD i stany zapalne (75 chorych), zwężenia pooperacyjne (49 chorych), inne przyczyny (22 chorych). Zamierzone poszerzenie uzyskano u 94,6% pacjentów (227/240). Najwięcej poszerzeń wymagali pacjenci z oparzeniami przełyku, średnio 9,4 (4–14). Pacjenci z GERD i stanami zapalnymi wymagali średnio 3 poszerzeń (2–6). Najmniej poszerzeń wykonywano u pacjentów ze zwężeniami zespołów pooperacyjnych, średnio 5 (2–5). Obserwowano 7 perforacji i 2 przypadki śmiertelne (2,9 % i 0,8 % w przeliczeniu na pacjenta i od 0,4 % do 0,1% na sesję).

Wnioski

- 1) Endoskopowe poszerzanie łagodnych zwężeń przełyku jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia.
- 2) Konieczne jest wielokrotne powtarzanie zabiegu ze względu na nawrót choroby.
- 3) Największe ryzyko perforacji istnieje przy poszerzaniu pooperacyjnych zwężeń, szczególnie spowodowanych żrącym działaniem zasad.

MIEJSCE RADIOLOGII INTERWENCYJNEJ W LECZENIU TĘTNAKÓW TĘTNIC OKOŁOTRZUSTKOWYCH U CHORYCH Z PRZEWLEKŁYM ZAPALENIEM TRZUSTKI

Dominika Karkocha (Klinika i Katedra Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska),

Marek Wroński (Klinika i Katedra Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska),

Monika Wojtasik (Klinika i Katedra Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska),

Maciej Słodkowski (Klinika i Katedra Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska)

Wstęp

Tętniaki tętnic okołotrzustkowych to rzadkie, ale niezwykle groźne powikłania przewlekłego zapalenia trzustki (PZT). Często przebiegają bardzo dynamicznie, zagrażając życiu pacjentów. Niecharakterystyczne objawy, wymagająca diagnostyka i skomplikowane leczenie powodują, że jest to jeden z obszarów współpracy chirurga i radiologa.

Cel pracy

Autorzy przedstawiają historię choroby 5 pacjentów z PZT i tętniakiem rzekomym 1 z tętnic okołotrzustkowych, u których w trakcie leczenia zastosowano embolizację tętniaka. Celem pracy jest analiza i ocena wyników leczenia po embolizacji.

Metodyka

Od 2004 r. do 2016 r. w Klinice i Katedrze Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego leczono 14 chorych z PZT i tętniakiem 1 z tętnic okołotrzustkowych. U 5 z nich przeprowadzono interwencję wewnątrznaczyniową. W badaniach obrazowych stwierdzono tętniaki tętnic: trzustkowo-dwunastniczej dolnej u 2 chorych, żołądkowo-dwunastniczej u kolejnych 2 i śledzionowej u 1; 4 z 5 chorych wymagało interwencji w trybie pilnym.

Wyniki

W 2 przypadkach embolizacje tętniaków okazały się nieefektywne i wymagały leczenia operacyjnego. U 1 chorego embolizacja była zastosowana po nieskutecznym leczeniu operacyjnym. U 2 pacjentów embolizacje były skuteczną metodą leczenia, w tym u 1 wystąpiło powikłanie w postaci ropnia. Wszyscy chorzy przeżyli.

Wnioski

Embolizacja przezcewnikowa to coraz częściej stosowane rozwiązanie w leczeniu tętniaków tętnic okołotrzustkowych u chorych z PZT. Embolizacja może być skuteczną metodą leczenia. Szczególne znaczenie ma zaopatrzenie naczynia zasilającego tętniak. Powikłania lub niepowodzenie embolizacji zwykle wymaga leczenia chirurgicznego.

CZAS PRZEŻYCIA CHORYCH W ZALEŻNOŚCI OD CECH MORFOLOGICZNYCH GUZÓW STROMALNYCH PRZEWODU POKARMOWEGO

Emilia Korczewska-Niegierysz (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Białystok, Polska),

Joanna Kiśluk (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, Polska),

Zbigniew Kamocki (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Białystok, Polska),

Łukasz Gabiec (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Białystok, Polska),

Bogusław Kędra (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Białystok, Polska)

Wstęp

Nowotwory podśluzówkowe przewodu pokarmowego to nowotwory wywodzące się z komórek Cajala, w większości zlokalizowane w żołądku, w dalszej kolejności w jelicie cienkim i grubym. Leczeniem z wyboru jest leczenie chirurgiczne.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena przeżycia pacjentów z GIST – w zależności od lokalizacji i wielkości guza, cech histologicznych i indeksu mitotycznego – oraz ocena ekspresji swoistych przeciwciał: CD117, wimentyny, DOG-1, SMA, IGF-1R, S-100, CD34, HMB-45, Ki-67.

Metodyka

W latach 2004–2010 w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej leczono chirurgicznie 70 chorych z powodu nowotworów mezenchymalnych przewodu pokarmowego. Pacjenci w wieku 35–82 lat, 44 kobiety i 26 mężczyzn.

Wyniki

U większości chorych guzy miały poniżej 5 cm średnicy, zlokalizowane były w żołądku, w utkaniu histologicznym dominowały postacie wrzecionowatokomórkowe, a indeks mitotyczny wynosił $< 5/50$ DPW. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic prawdopodobieństwa przeżycia w zależności od lokalizacji guza oraz indeksu mitotycznego. Istotny statystycznie związek wykazano natomiast pomiędzy prawdopodobieństwem przeżycia a wielkością guza i utkaniem histologicznym. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności również pomiędzy ekspresją poszczególnych przeciwciał a: wielkością guza i typem jego utkania histologicznego oraz wartością indeksu mitotycznego. Tylko w przypadku lokalizacji GIST w żołądku wykazano znamienne statystycznie ekspresję przeciwciał CD34.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że korzystny wpływ na przeżycie odległe chorych z guzami stromalnymi ma: wiek chorych – poniżej 60. r.ż., wielkość guza – poniżej 5 cm średnicy, obecność komórek wrzecionowatych w utkaniu histologicznym guza, obecność ekspresji CD117 oraz DOG-1. Niekorzystnie na przeżycie odległe chorych wpływa ekspresja białka S-100.

SPEKTRUM MIKROBIOLOGICZNE I DYNAMIKA POWIKŁAŃ SEPTYCZNYCH U CHORYCH Z MARTWICZYM ZAPALENIEM TRZUSTKI

Marek Wroński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Włodzimierz Cebulski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Mieczysław Jankowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Marcin Makiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Dominika Karkocha (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Małgorzata Potocka (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska),
Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM, Warszawa, Polska)

Wstęp

Zakażenie martwicy trzustki u chorych z ostrym zapaleniem trzustki jest poważnym powikłaniem i wiąże się z wysoką śmiertelnością. Spektrum patogenów i wpływ poszczególnych rodzajów drobnoustrojów na wyniki leczenia zakażonej martwicy trzustki pozostają nieokreślone.

Cel pracy

Ocena rodzaju i częstości występowania patogenów zakażających martwicę u chorych z ostrym zapaleniem trzustki oraz określenie ich wpływu na wyniki leczenia.

Metodyka

W latach 2007–2014 w Klinice leczono 392 chorych z ostrym zapaleniem trzustki. Martwicze zapalenie trzustki rozpoznano u 147 pacjentów, spośród których 70 wymagało leczenia inwazyjnego. Przeprowadzono retrospektywną analizę danych klinicznych i mikrobiologicznych u chorych leczonych zabiegowo.

Wyniki

Głównym wskazaniem do leczenia inwazyjnego u chorych z martwiczym zapaleniem trzustki stały się kliniczne objawy zakażenia martwicy trzustki (86%). U 25,7% chorych wynik badania bakteriologicznego z pierwszej interwencji był ujemny. U 48,6% pacjentów stwierdzono zakażenie jednym drobnoustrojem. W tej grupie infekcję wywoływały najczęściej bakterie

G-dodatnie – 61,8%. Rzadziej hodowano bakterie G-ujemne – 32,4%, lub grzyby – 5,9%. U pozostałych 25,7% chorych rozpoznano zakażenie mieszaną florą bakteryjną, izolując 2–5 drobnoustrojów. Zakażenie bakteriami beztlenowymi wystąpiło znamienne później niż tlenowymi pałeczkami jelitowymi – 83,8 dnia vs 31,8 dnia ($p = 0,0003$). U 28 chorych pobrano materiał do badania bakteriologicznego w czasie kolejnych interwencji chirurgicznych. U 71,4% z nich wciąż

izolowano te same drobnoustroje, które stwierdzano podczas pierwszej interwencji. Pierwotne zakażenie drobnoustrojami alarmowymi rozpoznano u 7,2% chorych, natomiast odsetek zakażenia tymi bakteriami przy reinterwencji wzrósł do 17,8% ($p = 0,02$). Śmiertelność u chorych z zakażeniem martwicy trzustki wywołanym przez 1 drobnoustroj wynosiła 15,2% w porównaniu z 27,8% u chorych z zakażeniem florą mieszaną ($p = 0,3$). Śmiertelność u chorych z zakażeniem 1 patogenem G-dodatnim wynosiła 21,6% w porównaniu z 16,7% w zakażeniu patogenem G-ujemnym ($p = 1,0$). Zakażenie tlenowymi pałeczkami jelitowymi wiązało się ze śmiertelnością wynoszącą 30% w porównaniu do 13,8% w przypadku innych drobnoustrojów ($p = 0,3$).

Wnioski

Zakażenie martwicy trzustki najczęściej wywołuje jeden patogen. Rodzaj i ilość drobnoustrojów zakażających nie ma wpływu na wyniki leczenia w zakażonej martwicy trzustki.

OPERACJE Z POWODU OSTRYCH SCHORZEŃ JAMY BRZUSZNEJ U CHORYCH POWYŻEJ 80 ROKU ŻYCIA

Wiktoria Aust (Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań, Poznań, Polska),

Karolina Mazurkiewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań, Poznań, Polska),

Wiktor Meissner (Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań, Poznań, Polska),

Maciej Biczysko (Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań, Poznań, Polska)

Wstęp

Pilne interwencje chirurgiczne u pacjentów w podeszłym wieku są rosnącym problemem klinicznym – jedynie w ostatnim 10-leciu polska populacja osób powyżej 65. r.ż. wzrosła o 3%. Wydłużenie średniej długości życia jest wyzwaniem dla każdego praktykującego lekarza, a w szczególności specjalistów dziedzin zabiegowych.

Cel pracy

Celem pracy była retrospektywna analiza wyników leczenia pacjentów w podeszłym wieku, operowanych z powodu ostrych schorzeń jamy brzusznej w materiale Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

Metodyka

Przeanalizowano grupę 119 chorych > 80. r.ż. operowanych ze wskazań pilnych w latach 2008–2012 w Oddziale Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Wyniki leczenia w tej grupie pacjentów porównano z wynikami 96 chorych w wieku 65–75 lat, leczonych w analogicznym okresie czasu. Analiza obejmowała rodzaj operacji, zgony w okresie okołoperacyjnym, choroby współistniejące, długość hospitalizacji oraz reoperacje.

Wyniki

W analizowanym okresie operowano 89 kobiet i 30 mężczyzn > 80. r.ż. oraz 43 kobiety i 53 mężczyzn w wieku 65–75 lat. Najczęstszą przyczyną operacji w grupie starszej była: niedrożność mechaniczna jelit – 21% chorych (w większości spowodowana guzem jelita grubego), kamica żółciowa – 15%, oraz ostre zapalenie wyrostka robaczkowego – 14%. W grupie chorych w wieku 65–75 lat przyczynami operacji były: niedrożność mechaniczna jelit – 23% (najczęściej spowodowana nowotworem jelita grubego lub uwięzieniem przepukliny pachwinowej), zapalenie otrzewnej – 15% (najczęściej z powodu perforacji uchyłków jelita grubego), oraz uwięźnięta przepuklina pachwinowa bez cech niedrożności – 13%. Długość hospitalizacji po operacji wynosiła średnio 8 dni w grupie 80-latków oraz 12 dni w grupie pacjentów młodszych. Konieczność reoperacji wystąpiła odpowiednio u 15 i 14 osób. Liczba zgonów była znacząco wyższa w starszej grupie i wynosiła 27% w porównaniu do 9% wśród pacjentów młodszych.

Wnioski

Główną przyczyną interwencji chirurgicznej u badanych pacjentów była niedrożność przewodu pokarmowego. Średni czas hospitalizacji był krótszy w grupie starszej, co wynikało z większej liczby zgonów w tej grupie. Nie wykazano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy liczbą reoperacji a wiekiem. Mimo iż ryzyko zgonu rośnie znacząco > 80. r.ż., nie należy odstępować od ratujących życie zabiegów operacyjnych, przy jednoczesnym zabezpieczeniu opieki na oddziale intensywnej terapii.

ZABIEGI RESEKCYJNE I PLASTYKI ZWĘŻEŃ W CHOROBYE LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA – CZYNNIKI RYZYKA Wczesnych I ODLEGŁYCH POWIKŁAŃ

Michał Mik (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska),
Kasper Maryńczak (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska),
Łukasz Dziki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska),
Piotr Zelga (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska),
Radziśław Trzeciński (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska),
Adam Dziki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska)

Wstęp

70–80% chorych leczonych zachowawczo z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna (LC) wymaga przynajmniej 1 zabiegu operacyjnego, a ponad 2/3 z nich – ponownej operacji w dalszym przebiegu choroby.

Cel pracy

Ocena czynników ryzyka powikłań pooperacyjnych w okresie 30 dni oraz czynników ryzyka reoperacji po upływie 90 dni od pierwszego zabiegu.

Metodyka

Analiza retrospektywna chorych operowanych z powodu LC w latach 2009–2014. Badaniem objęto pacjentów, u których wykonano resekcję jelita z pierwotnym zespoleniem lub strikturoplastykę. Wykluczono chorych z okołoodbytniczą postacią choroby, pacjentów, u których wyłoniono stomię, i operowanych w trybie pilnym. Przeanalizowano czynniki: czynniki demograficzne, lokalizację i długość trwania choroby, zażywane leki przed i po operacji, rodzaj wykonanego zabiegu. Wyniki poddano analizie jedno- i wieloczynnikowej (regresji logistycznej).

Wyniki

W latach 2009–2014 zoperowano 426 chorych z powodu LC. Kryteria włączenia do badania spełniło 129 chorych (69 kobiet; średnia wieku – 36,7 lat), u których wykonano 106 resekcji i 23 strikturoplastyki. W grupie resekcji lokalizacja krętniczo-kątnicza była najczęstsza (67 chorych – 61,5%). Wszystkie strikturoplastyki dotyczyły zwężeń jelita cienkiego. Nieszczelność zespolenia wystąpiła u 7 chorych (6,6%) z grupy resekcji i u 1 chorej po strikturoplastyce (4,3%). Grupa 11 chorych była reoperowana w okresie odległym (powyżej 90 dni od 1. operacji). Główną przyczyną reoperacji było zwężenie zespolenia (7 chorych – 6,6%) oraz niedrożność zrostowa (3 chorych – 2,8%). W analizie wieloczynnikowej jedynym czynnikiem zwiększającym ryzyko wczesnych powikłań była obecność przetoki wewnętrznej (OR 1,89; 95% CI 1,68–1,99). Czynniki zwiększającymi ryzyko reoperacji z powodu zwężenia zespolenia były: steroidoterapia wdrożona po 1. zabiegu (OR 2,96; 95% CI 2,34–3,22) i czas > 5 lat od 1. operacji (OR 2,71; 95% CI 2,21–2,98).

Wnioski

Plastyki zwężeń jelita cienkiego w LC są zabiegiem obarczonym niewielkim ryzykiem wczesnych powikłań. Wdrożenie steroidoterapii po 1. operacji zwiększa ryzyko zwężenia zespolenia i reoperacji.

WPŁYW DOSTĘPU TORAKOSKOPOWEGO NA REDUKCJĘ POWIKŁAŃ OKOŁOOPERACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z RESEKCJĄ PRZEŁYKU Z POWODU RAKA.

Alan Błotniak (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK nr 1 w Lublinie, Lublin, Polska),

Kamil Pudło (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK nr 1 w Lublinie, Lublin, Polska),

Andrzej Dąbrowski (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK nr 1 w Lublinie, Lublin, Polska),

Grzegorz Wallner (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK nr 1 w Lublinie, Lublin, Polska),

Tomasz Skoczylas (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK nr 1 w Lublinie, Lublin, Polska)

Wstęp

Resekcja przełyku obarczona jest dużym ryzykiem powikłań. Jednym z kierunków ograniczenia powikłań okołoperacyjnych u chorych poddawanych resekcji przełyku z powodu raka staje się wykorzystywanie technik minimalnie inwazyjnych. Resekcje przełyku z dostępu minimalnie inwazyjnego wykonuje się w różnych kombinacjach torakoskopii, laparoskopii, mediastinoskopii, asysty laparoskopowej lub torakoskopowej.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu zastąpienia torakotomii dostępem torakoskopowym w okresie pooperacyjnym u chorych poddanych resekcji przełyku z powodu raka.

Metodyka

Do analizy włączono 30 chorych z rakiem przełyku, operowanych od grudnia 2015 r. do kwietnia 2017 r. W grupie badanej znalazło się 9 pacjentów operowanych z wykorzystaniem dostępu torakoskopowego (6 M, 3 K, średnia wieku: 61 lat). Grupa kontrolna obejmowała 21 pacjentów poddanych resekcji przełyku z dostępu przez prawostronną torakotomię (13 M, 8 K, średnia wieku: 61 lat). Przebieg pooperacyjny analizowano w oparciu o ocenę kliniczną z wykorzystaniem klasyfikacji Clavien-Dindo oraz ocenę parametrów biochemicznych (morfologia, CRP, PCT, funkcja wątroby, nerek i gazometria) w 1., 3., 5., 7. i 30. dobie od zabiegu.

Wyniki

Wśród pacjentów leczonych z wykorzystaniem dostępu torakoskopowego 2 chorych (22%) wymagało konwersji do metody klasycznej. Korzyści wynikające z uniknięcia torakotomii obejmowałyby zmniejszenie bólu pooperacyjnego, redukcję powikłań płucno-sercowych, skrócenie pobytu w OIT bez wyraźnego wpływu na zmniejszenie ryzyka zgonu pooperacyjnego.

Wnioski

Wstępne obserwacje sugerują korzystny przebieg pooperacyjny u chorych z rakiem przełyku, operowanych z wykorzystaniem technik minimalnie inwazyjnych, i uzasadniają kontynuowanie analizy z oceną efektywności onkologicznej oraz dodatkowych korzyści wynikających z zastąpienia laparotomii dostępem laparoskopowym.

WPŁYW REALIZOWANIA PROGRAMU SZKOLENIOWEGO DLA REZYDENTÓW NA JAKOŚĆ BADAŃ ENDOSKOPOWYCH W CHIRURGICZNYM CENTRUM ENDOSKOPOWYM I KATEDRY CHIRURGII UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO COLLEGIUM MEDICUM

Szymon Pietruszka (I Katedra Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),

Benita Siarkiewicz (I Katedra Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),

Beata Żychiewicz (I Katedra Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),

Aleksander Zajac (I Katedra Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii UJCM, Kraków, Polska)

Wstęp

Program rezydencki jest istotnym elementem kształcenia certyfikowanej pracowni endoskopowej I Katedry Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Krzywa uczenia się i samodzielne przeprowadzanie procedur endoskopowych są czynnikami, które determinują jakość pracowni endoskopowej i mogą wpływać na wartość wykonywanych badań i odsetek powikłań.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie wpływu realizowania programu nauczania dla rezydentów chirurgii na jakość badań wykonywanych w pracowni endoskopowej.

Metodyka

Analizie retrospektywnej poddano bazę procedur endoskopowych wykonanych w latach 2014–2016 w pojedynczym ośrodku chirurgicznym z pracownią endoskopową, realizującą program nauczania. Powikłania określono jako zdarzenia niepożądane, które wystąpiły do 7 dni od wykonanej procedury. Analizę przeprowadzono w 2 grupach, obejmujących procedury diagnostyczne i interwencyjno-terapeutyczne, osobno dla górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Wyniki

Spośród wykonanych 5006 kolonoskopii (1680 interwencyjno-terapeutycznych) i 4611 ezofagoduodenoskopii (417 interwencyjno-terapeutycznych) całkowity odsetek powikłań wyniósł 0,3%. Zdarzenia niepożądane obserwowane były częściej w przypadku wykonywania procedur interwencyjnych (0,1 vs 0,95) oraz częściej w sytuacjach, kiedy wykonywał je szkółący się rezydent (0,25 vs 0,06). W grupie badań wykonywanych przez rezydenta zaobserwowano rzadkie powikłania, takie jak: uszkodzenia błony bębenkowej, zespół przemijającej niepamięci wstecznej, rozległa odma podskórna.

Wnioski

Wykonywanie procedur terapeutycznych przez szkółących się endoskopistów wiąże się z większym odsetkiem powikłań.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA GOJENIE RAN U CHORYCH Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO

Jacek Zieliński (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdańsk, Polska),

Radosław Jaworski (Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej im. WOŚP, Copernicus, Gdańsk, Polska),

Marta Pękała (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdańsk, Polska),

Katarzyna Serkies (Klinika Onkologii i Radioterapii, Gdańsk, Polska),

Janusz Jaśkiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdańsk, Polska)

Wstęp

Według danych z literatury grupa chorych leczonych z powodu nowotworów jest jedną z najtrudniejszych do leczenia chirurgicznego, a także pod względem gojenia ran. Szczególnie trudne warunki gojenia obserwuje się w grupie chorych po terapii skojarzonej, tzn. po leczeniu przedoperacyjnie chemioterapią i/lub radioterapią.

Cel pracy

Przedmiotem niniejszej pracy jest ocena wpływu wybranych parametrów na gojenie ran u chorych leczonych z powodu nowotworów w porównaniu z przebiegiem gojenia chorych operowanych z przyczyn nieonkologicznych.

Metodyka

Do badania włączono 100 chorych leczonych w Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego od grudnia 2015 r. do maja 2016 r. (kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej – prof. dr hab. Janusz Jaśkiewicz). Chorych podzielono na dwie grupy. Do grupy I włączono 50 pacjentek leczonych operacyjnie z powodu nowotworów złośliwych, do grupy II – 50 chorych leczonych chirurgicznie z przyczyn nieonkologicznych.

Wyniki

Wśród chorób współistniejących u 30 badanych stwierdzono cukrzycę typu I – u 25 gojenie przebiegało prawidłowo, a u 5 zaobserwowano powikłania gojenia rany pooperacyjnej. Przewlekłą sterydoterapię odnotowano u 30 chorych, u 5 z nich zauważono powikłania w gojeniu ran. Analiza stanu odżywienia, wyrażona według wskaźnika BMI w odniesieniu do całej grupy badanej, wykazała, że niedobór wagi ciała stwierdzono u 40 badanych, wartości prawidłowe wskaźnika BMI u 20, natomiast nadwagę odnotowano u 40 chorych. Ocena stanu odżywienia wyrażona według skali NRS 2002 wykazała, że wartości poniżej 3 odnotowano u 50 chorych, którzy nie wymagali wdrażania leczenia żywieniowego przedoperacyjnie.

Wnioski

- 1) Obecność chorób współistniejących, takich jak cukrzyca oraz przewlekła sterydoterapia, wpływa niekorzystnie na gojenie ran pooperacyjnych, a obecność choroby nowotworowej jest dodatkowym złym czynnikiem rokowniczym w procesach regeneracyjnych.
- 2) Odżywianie chorych z nowotworami jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na gojenie ran pooperacyjnych zarówno u chorych z niedowagą, jak i u chorych z nadwagą.
- 3) Zastosowanie w okresie przedoperacyjnym leczenia onkologicznego w postaci chemioterapii oraz radioterapii jest złym czynnikiem prognostycznym w gojeniu ran.
- 4) Rodzaj dostępu operacyjnego, pośredkowego oraz poprzecznego, w analizowanej grupie chorych nie miał wpływu na poziom bólu w okresie pooperacyjnym.

HEV LAPVISON – NEW METHOD OF VISUALIZATION IN LAPAROSCOPIC SURGERY

Oleksii Ogurtsov (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina),

Oleksii Lukavetsky (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina)

Introduction

Laparoscopy is one of the most efficient ways to treat surgical pathology. The main cause of intraoperative complications is deterioration of intraoperative imaging, which leads to damaging of anatomic structures such as biliary tree, blood vessels and other organs. In order to improve intraoperative navigation, contrast radiography and fluorescence are used.

Aim

The aim of the study was to investigate use of fluorescence under ultraviolet light in laparoscopic surgery.

Methods

Over a period of 2 years (2016–2017), 19 laparoscopic cholecystectomies (LC) using fluorescence-guided laparoscopic procedures were performed. For the purpose of this research, fluorescein sodium was used, which was injected intravenously (5 mg/kg). The visualization of structures was provided by a high definition stereoscopic camera connected to a 30° 10 mm scope with a specific lens and source of visible light. After injection of the fluorescein, the system projected high-resolution HEV real-time images of blood flow in vessels and organs and highlighted biliary excretion.

Results

90 seconds after the intravenous injection clear visualization of the liver parenchyma appeared due to accumulation and emission of fluorescein. Fluorescent cholangiography clearly delineated the cystic duct and the common bile duct in all patients prior to the dissection of Calot's triangle. The common hepatic duct was identified in 16 out of 19 patients. The fluorescence of the biliary tract lasted throughout the procedures of LC (62–120 minutes). No adverse reactions to the fluorescein were observed. During the procedure, fluorescence intensity of the liver decreased, but the biliary tree remained clearly visible.

Conclusions

Visualization of fluorescence in HEV light is a new technique that proves efficient in imaging of the liver and biliary tree. Fluorescent cholangiography with intravenous injection of fluorescein may become an optimal tool to confirm the biliary tract anatomy during LC because of its potential advantages over radiographic cholangiography as it does not require irradiation or dissection of Calot's triangle.

COMPLICATIONS OF THE COMBAT SURGICAL ABDOMINAL TRAUMA

Ihor Trutyak (Lviv Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine),

Ivan Bohdan (Military Medical Clinical Hospital of Western Region, Lviv, Ukraine),

Grigorij Prohorenko (Military Medical Clinical Hospital of Western Region, Lviv, Ukraine),

Arkadij Selmensky (Military Medical Clinical Hospital of Western Region, Lviv, Ukraine)

Introduction

Combat surgical abdominal trauma is one of the most difficult to treat. Therefore, a proper diagnosis and identification of possible complications are crucial.

Aim

The aim of the study was to analyze the results of treatment of patients with combat surgical trauma, to characterize the complications of such injuries and to establish means of prevention.

Methods

1566 patients with combat surgical trauma were treated in the Military Medical Clinical Centre of Western Region (MMCCWR) from 2014 to 2015. 709 of them (45%) had missiles injuries, 323 (21%) – mine blast trauma, 127 (8%) – gunshot injuries, 367 (23%) – combat polytrauma, and 40 (3%) – combined burn injuries. Multiple injuries were observed in 161 cases (10%) and 386 of the wounded soldiers (25%) suffered from associated injuries. The patients were transported to the hospital by aeromedical and train evacuation from Level 2 and 3 Echelons of Medical Care after emergency surgical procedure and antishock intensive care. 153 patients (9.7%) were hospitalized in intensive care unit upon arrival.

Results

529 (33.7%) wounded and injured soldiers admitted to MMCCWR required surgical procedures and surgical treatment of early and late combat trauma complications. Conservative therapy was effective in 9% of the cases (102 patients). Combat trauma complications were divided into 2 groups: expected complications and unnecessary complications that could have been avoided. The expected complications include: posthemorrhagic anemia, hypoproteinemia, abdominal compartment syndrome, postoperative wound infection and postoperative hernia after elective relaparotomy, pulmonary inflammatory complications, and inflammatory urinary tracts processes after bladder catheterization. The occurrence of the unnecessary complications depended on the time of evacuation, experience of medical teams on combat surgical trauma treatment, medical resources and adequacy of medical care in echelons.

Conclusions

The main cause of unsatisfactory combat surgical trauma treatment are modern high velocity weapons capable of inflicting serious wounds, specific battlefield situation, persistent unstable condition of the patient, inadequate blood loss and hypoproteinemia compensation, inadequate capacity of the first surgical procedure, insufficient of the training for combat surgical trauma treatment, and limited medical resources.

WPŁYW STOSOWANYCH WARTOŚCI PODCIŚNIENIA NA TWORZENIE SIĘ PRZETOK JELITOWO-ATMOSFERYCZNYCH U PACJENTÓW LECZONYCH TERAPIĄ OTWARTEGO BRZUCHA Z ZASTOSOWANIEM TERAPII PODCIŚNIENIOWEJ. WIELOOŚRODKOWA RETROSPEKTYWNA ANALIZA 632 PACJENTÓW

Adam Bobkiewicz ((1) Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UM, Poznań, Polska),
Wojciech Francuzik ((2) Department of Dermatology, Venerology and Allergology Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Niemcy),
Bartosz Cybulka ((3) Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Gastroenterologicznym, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Grodzisk Wlkp, Polska),
Zbigniew Lorenc ((4) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Sosnowiec, Polska),
Zoran Stojcev ((5) Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Słupsk, Polska),
Marek Szczepkowski ((6) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Szpital Bielański, Warszawa, Polska),
Marek Zawadzki ((7) Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, Polska),
Tomasz Banasiewicz ((1) Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej UM, Poznań, Polska)

Wstęp

Terapia otwartego brzucha (*open abdomen* – OA) jest metodą z wyboru w leczeniu zespołu ciasnoty wewnątrzbrzuszej, wewnątrzbrzusznych powikłań septycznych oraz urazów wielonarządowych.

Terapia podciśnieniowa (*negative pressure wound therapy* – NPWT) stała się techniką z wyboru tymczasowego zamknięcia powłok (*temporary abdominal closure* – TAC) w terapii OA. Przetoka jelitowo-atmosferyczna (*entero-atmospheric fistula* – EAF) jest poważnym powikłaniem terapii OA, charakteryzującym się wysoką śmiertelnością.

Cel pracy

Celem pracy była retrospektywna analiza występowania EAF podczas terapii OA z zastosowaniem NPWT oraz ocena wpływu stosowanych wartości podciśnienia na tworzenie się przetoki EAF.

Metodyka

Kwestionariusz ankietowy rozesłano do autorów publikujących na temat leczenia OA z zastosowaniem NPWT na podstawie publikacji w bazie PubMed.

Dane pacjentów analizowano pod względem: obecności przetok przed zastosowaniem NPWT, tworzenia się przetok *de novo* podczas terapii NPWT, średniej wartości i zakresu stosowanych ciśnień oraz zależności pomiędzy stosowaną wartością podciśnienia a wpływem na tworzenie się przetok.

Wszyscy pacjenci włączeni do analizy spełniali następujące kryteria:

- 1) leczenie techniką OA (z lub bez EAF);
- 2) NPWT stosowana jako wyłączna technika TAC;
- 3) stosowanie komercyjnie dostępnych systemów NPWT.

Wyniki

Do analizy włączono 632 pacjentów z 25 ośrodków. Średnia wartość stosowanego podciśnienia wynosiła $-106,9 \pm 18,2$ mmHg oraz $-114,5 \pm 17,9$ mmHg, odpowiednio w grupie pacjentów z przetoką EAF oraz bez przetoki EAF. Najczęściej stosowaną wartością było -125 mmHg ($n = 365$ pacjentów; 57,7%). Współczynnik tworzenia się przetok EAF *de novo* wyniósł 4,7% (30/632). Przy pomocy analizy regresji liniowej wykazano zmniejszone względne ryzyko tworzenia się EAF przy stosowaniu niższych wartości podciśnienia (OR: 0,9750, CI: 0,9557–0,4747, $p = 0,0133$). Wyższą częstość tworzenia się EAF wykazano przy stosowaniu ciśnienia niższego niż -99 mmHg (4/23 pacjentów; 17,4%), podczas gdy w grupach pacjentów z zastosowanym podciśnieniem między -100 a -124 mmHg oraz wyższym niż -125 mmHg wskaźnik tworzenia EAF wyniósł, odpowiednio 2,8% (5/176) oraz 4,9% (16/325).

Wnioski

Stosowanie NPWT w terapii OA cechuje się relatywnie niskim wskaźnikiem tworzenia się przetok EAF. Im niższa wartość stosowanego podciśnienia, tym niższe ryzyko tworzenia się przetok EAF. Konieczne są dalsze badania w celu określenia optymalnej i bezpiecznej wartości stosowanego podciśnienia w terapii OA.

OCENA SKUTECZNOŚCI E-FAST WYKONYWANEGO W SOR PRZEZ NIEDOŚWIADCZONEGO LEKARZA

Wojciech Hap (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wrocław, Polska),
Marcin Zawadzki (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wrocław, Polska),
Krzysztof Kurnol (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wrocław, Polska),
Andrzej Hap (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Legnica, Polska),
Wojciech Kielan (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Wrocław, Polska)

Wstęp

Badanie E-FAST jest podstawową i zalecaną metodą wstępnej diagnostyki chorych po urazach jamy brzusznej i klatki piersiowej, przyjmowanych do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Cel pracy

Ocena skuteczności badań E-FAST wykonanych przez lekarza – rezydenta chirurgii ogólnej, który nie posiadał wcześniejszego doświadczenia w USG, podczas dyżurów na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy.

Metodyka

Analiza skuteczności E-FAST u 46 pacjentów z rozpoznaniem urazu wielonarządowego (ICD-10: T07), przyjętych do SOR przez lekarza rezydenta w okresie od sierpnia 2015 r. do kwietnia 2017 r.

Wyniki

W grupie 46 pacjentów w wieku 3–72 lat: 19 (41,3%) stanowiły kobiety, a 27 (58,7%) mężczyźni. U 6 pacjentów (13%) przy przyjęciu stwierdzono niestabilność hemodynamiczną, a u 2 pacjentów (4,3%) – NZK. Przyczyną urazów u 39 pacjentów (84,8%) były wypadki komunikacyjne, u 4 (8,7%) – upadek z wysokości, u 3 (6,5%) – wypadek podczas aktywności fizycznej, u 1 (2,2%) – przygniecenie. U 36 (78,2%) pacjentów po badaniu FAST wykonano badanie TK całego ciała. U 1 pacjentki (2,2%) nie wykonano TK ze względu na zgon podczas czynności ratunkowych w SOR. U 9 pacjentów (19,6%) odstąpiono od wykonania TK całego ciała ze względu na brak oznak płynu w jamie otrzewnej w badaniu FAST oraz brak cech niestabilności hemodynamicznej i prawidłowy obraz w RTG klatki piersiowej. Obecność płynu w jamie otrzewnej w FAST stwierdzono u 7 pacjentów (15,2%). U 2 pacjentów (4,3%) w TK nie potwierdzono obecności płynu w jamie

otrzewnowej (wynik FAST fałszywie dodatni). Nie stwierdzono wyników fałszywie ujemnych w zakresie FAST jamy brzusznej. W badaniu FAST klatki piersiowej u 8 pacjentów (17,4%) stwierdzono objawy odmy opłucnowej. U 2 pacjentów (4,3%) rozpoznanie odmy nie potwierdziło się w TK. U 3 pacjentów (6,5%) odmy rozpoznano dopiero w badaniu TK.

W obserwowanej grupie pacjentów wykazano czułość FAST w zakresie oceny jamy brzusznej na poziomie 100% i swoistość na poziomie 95%. W ocenie klatki piersiowej czułość badania wynosiła 73%, a swoistość 95%.

Wnioski

Wysoka skuteczność badania FAST wykonywanego przez młodego, niedoświadczonego lekarza świadczy o ogromnej wartości tego badania w diagnostyce chorych z urazem wielonarządowym. Umiejętność wykonywania badania FAST powinna być elementem kształcenia studentów medycyny i powinna być wymagana od każdego lekarza pracującego na szpitalnym oddziale ratunkowym.



68 Kongres
Towarzystwa Chirurgów Polskich

68th Congress of the Association of Polish Surgeons

**DONIESIENIA
PLAKATOWE**

TYPE 1 DIABETES MELLITUS TREATMENT WITH GASTRIC PLICATION. CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH

Oleksiy Lukavetskiy (Lviv national medical university, Lviv, Ukraina),

Yaroslav Havrysh (Lviv national medical university, Lviv, Ukraina),

Roman Havrysh (Lviv national medical university, Lviv, Ukraina),

Marta Kondratyk (Lviv national medical university, Lviv, Ukraina)

Introduction

Gastric plication may prove to be an efficient method of treatment of patients with type 1 diabetes mellitus.

Aim

The aim of the study was to analyze effects of the gastric plication (GP) in patients with type 1 diabetes mellitus (DM1).

Methods

Since 2009, 17 GPs in patients with DM1 have been performed. Before the operation, all patients passed classical preoperation examinations. All patients were also tested for antibodies: Glutamic Acid Decarboxylase Autoantibodies (GADA or Anti-GAD), Insulin Autoantibodies (IAA), Insulin receptor (antibodies IgA and IgG), Islet Cell Cytoplasmic Autoantibodies (ICA) and Islet tyrosine phosphatase (antibodies IgG). The patients were divided into 2 groups on the basis of autoantibodies tests. Group 1 consisted of 12 patients with negative results and Group 2 of 5 patients with positive 1 or more tests. At the same time, experimental trial with 43 rats was performed. DM with intraperitoneal injection of streptozotocin (STZ) in dose of 40 mg/kg was induced. The rats were divided into 4 group: Group 1 (n = 5) – control group; Group 2 (n = 10) – rats without DM but with GP; Group 3 (n = 8) – rats with DM but without GP, and Group 4 (n = 20) – rats with DM and GP.

Results

The patients from Group 2 had only temporary remission of DM for 2–4 months. All patients from Group 1 showed improvement. 1 patient from Group 1 had full remission of DM for 7 years. The experimental trial with rats also showed good results. The rats from Group 3 and 4 after injection of STZ had diabetes with mean blood glucose (BG) at the level of 30 mmol/L. After GP mean BG level was 5.7 mmol/L. Morphological study of pancreas in all rats was also performed. The rats from Group 4 had large number of Langerhans islets (2 times more in comparison with Group 1 and 2 and 7 times in comparison with Group 3). Langerhans islets were also 5 times bigger in Group 4 than in Group 3.

Conclusions

According to the study, it can be said that GP has positive effect in patients with DM1 with negative autoantibodies tests. Also in all patients an improvement of overall health was observed. The experiment confirmed the effectiveness of GP in rats with streptozotocin-induced diabetes. Therefore evaluation of the efficacy of GP in the course of diabetes needs to be continued.

PRZESZCZEPIANIE NEREK U PACJENTÓW PO OPERACJACH BARIATRYCZNYCH – DOŚWIADCZENIA OŚRODKA W GDAŃSKU

Justyna Z. Kostro (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Beata Bzoma (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Monika Proczko-Stepaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Andrzej R. Hellmann (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Andrzej Chamienia (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych. Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska, Polska),
Alicja Dębska-Ślizień (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych. Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Zbigniew Ślodziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska, Polska)

Wstęp

Chorzy ze schyłkową chorobą nerek (ESRD), u których BMI przekracza 35 kg/m², są często dyskwalifikowani z przeszczepienia nerki (KTx). Obniżenie wagi ciała staje się warunkiem umożliwiającym wpisanie chorego na listę oczekujących na przeszczepienie, w czym może być pomocna chirurgia bariatryczna.

Cel pracy

Ocena wpływu operacji bariatrycznych na funkcję przeszczepionej nerki.

Metodyka

Badano przebieg potransplantacyjny u chorych z ESRD po operacjach bariatrycznych, wykonywanych w latach 2012–2014. Przeanalizowano przypadki 7 pacjentów po KTx, oceniając m.in.: zmianę BMI, typ operacji, powikłania w okresie potransplantacyjnym i funkcję przeszczepionej nerki.

Wyniki

U 4 mężczyzn i 3 kobiet w wieku 50–64 lat, którzy byli przewlekłe hemodializowani, wykonano operacje wyłączenia żołądkowego typu Roux-en-Y (RYGB). Przed operacją 100% chorych miało nadciśnienie tętnicze, 60% cukrzycę, a 30% – chorobę wieńcową. Przedoperacyjne BMI wynosiło średnio 40,28 kg/m². Po redukcji masy ciała chorych wpisano na listę oczekujących, a następnie, po upływie 5–29 miesięcy od chirurgii bariatrycznej, przeszczepiono im nerki. BMI przed KTx wynosiło średnio 26,66 kg/m². Czas obserwacji pacjentów po KTx wynosi 1–4,5 r. 1 chory był reoperowany z powodu wczesnego zacieku moczu, u 1 pacjentki wykryto wysokociśnieniowe limfocele. U 2 chorych funkcja nerki przeszczepionej była opóźniona, u 1 z nich rozpoznano ostre odrzucenie. W 3 przypadkach wystąpiło zakażenie układu moczowego. Funkcja przeszczepionej nerki u wszystkich pacjentów jest stabilnie dobra – kreatyninemia: 0,8–1,8 mg/dl.

Wnioski

Operacja bariatryczna jest bezpieczną metodą leczenia otyłości u chorych z ESRD, oczekujących na przeszczepienie nerki, a w niektórych przypadkach może być jedyną szansą na otrzymanie narządu.

WPŁYW WCZEŚNIEJ PRZEBYTYCH OPERACJI CHIRURGICZNYCH W OBRĘBIE JAMY BRZUSZNEJ NA WYBRANE ASPEKTY DOTYCZĄCE CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI OLBRYZYMIEJ

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Jakub Droś (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii UJCM, Kraków, Kraków, Polska),
Artur Kacprzyk (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii UJCM, Kraków, Kraków, Polska),
Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Michał Janik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, WIM, Warszawa, Polska),
Maciej Walędzia (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, WIM, Warszawa, Polska),
Krzysztof Paśnik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, WIM, Warszawa, Polska),
Hady Razak (I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny, Białystok, Polska),
Jacek Dadań (I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny, Białystok, Polska),
Monika Proczko-Stepaniak (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Łukasz Kaska (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Paweł Lach (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Olsztyn, Polska),
Maciej Michalik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Wieku Podeszłego, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Olsztyn, Polska),
Michał Duchnik (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Szpital Specjalistyczny, Szczecin, Polska),
Krzysztof Kaseja (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Szpital Specjalistyczny, Szczecin, Polska),
Maciej Pastuszka (Oddział Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Łęčna, Polska),
Paweł Stepuch (Oddział Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Łęčna, Polska),
Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska)

Wstęp

Doświadczenia z zakresu chirurgii ogólnej czy onkologicznej upoważniają do stwierdzenia, że wcześniej przebyte operacje jamy brzusznej niewątpliwie wpływają na przebieg kolejnych interwencji chirurgicznych. Z uwagi na stale rosnącą liczbę operacji z zakresu chirurgii bariatrycznej i metabolicznej istotne wydaje się ustalenie wpływu przebytych w przeszłości operacji brzusznych na przebieg i efekty chirurgicznego leczenia z powodu otyłości olbrzymiej.

Cel pracy

Analiza wpływu przebytych w przeszłości operacji w obrębie jamy brzusznej na przebieg oraz krótko- i długoterminowe wyniki chirurgicznego leczenia z powodu otyłości olbrzymiej.

Metodyka

Dokonano retrospektywnej analizy danych dotyczących 2413 chorych leczonych chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej w 7 ośrodkach bariatrycznych w Polsce. Do badania włączono 1750 chorych, u których przeprowadzono laparoskopową resekcję żołądka (SG), operację wyłączenia żołądkowo-jelitowego typu Roux-en-Y (RYGB) lub Mini Gastric Bypass (MGB). Badanych podzielono na dwie grupy: grupa 1 (kontrola) wcześniej nieoperowana ($n = 1073$) oraz grupa 2 z przebytą co najmniej jedną operacją w obrębie jamy brzusznej ($n = 713$). W grupie 2 wydzielono następnie 3 podgrupy: 2A – chorych, którzy przebyli zabiegi w obrębie górnego piętra jamy brzusznej ($n = 160$), 2B – którzy przebyli zabiegi w zakresie dolnego piętra jamy brzusznej ($n = 411$), oraz 2C – chorych po zabiegach w zakresie obu pięter jamy brzusznej ($n = 142$).

Wyniki

W grupie chorych wcześniej operowanych czas zabiegu istotnie wydłużył się w przypadku RYGB ($p = 0,012$), czego nie zaobserwowano u chorych leczonych metodą SG ($p = 0,396$). Najdłuższy czas zabiegu odnotowano w przypadku podgrupy 2C ($p = 0,002$). Pomiędzy grupami nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie zarówno częstości powikłań śródoperacyjnych ($p = 0,681$), jak i pooperacyjnych ($p = 0,828$). Wcześniej przebyte zabiegi operacyjne wydają się wpływać na dłuższy czas hospitalizacji ($p = 0,009$), ale nie na częstość ponownych przyjęć ($p = 0,210$). Nie odnotowano istotnych różnic w zakresie %WL, %EWL oraz %EBMIL.

Wnioski

Przebyte w przeszłości operacje w obrębie jamy brzusznej wpływają na wydłużenie czasu trwania RYGB, zwłaszcza, jeśli wcześniejsze operacje obejmowały łącznie górne i dolne piętro brzucha. Wcześniejsze zabiegi wiążą się również z dłuższym czasem hospitalizacji. Nie wykazano istotnego wpływu przebytych w przeszłości zabiegów chirurgicznych na efekty w zakresie redukcji masy ciała.

RAK RDZENIASTY TARCZYCY – DOŚWIADCZENIA JEDNEGO OŚRODKA

Krzysztof Kaliszewski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Beata Wojtczak (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Waldemar Balcerzak (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Zdzisław Forkasiewicz (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Krzysztof Sutkowski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Michał Aporowicz (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Paweł Kielb (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Jerzy Maksymowicz (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Aleksander Krawczyk (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Otto Krawiec (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Paweł Domosławski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska)

Wstęp

Rak rdzeniasty tarczycy (RRT) wywodzi się z okołopęcherzykowych komórek C produkujących kalcytoninę. Stanowi 5–10% wszystkich raków tarczycy. W 25% przypadków RRT występuje dziedzicznie jako rodzinny rak rdzeniasty tarczycy (RRRT), bez towarzyszących guzów endokrynnych, lub jako część zespołu mnogiej gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej (MEN2A, MEN2B), z towarzyszącymi guzami endokrynnymi. RRT różni się w pewnych aspektach od pozostałych nowotworów tarczycy. Diagnostyka i leczenie powinny uwzględniać występowanie pozostałych towarzyszących guzów, a także ich tło genetyczne.

Cel pracy

Celem pracy jest kliniczna analiza diagnostyki, chirurgicznego leczenia oraz rokowania RRT oparta o doświadczenia własne Ośrodka.

Metodyka

W tym celu poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 4327 chorych leczonych z powodu guzów tarczycy w I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach 2008–2016.

Wyniki

Pośród 4327 chorych u 384 (8,04%) pacjentów stwierdzono nowotwory złośliwe. RRT rozpoznano u 14 (0,32%) chorych. 11 (78,5%) przypadków RRT to postaci sporadyczne, natomiast 3 (21,5%) to postaci dziedziczne (obecność mutacji pSer891Ala w protoonkogenie RET). Mutacja pSer891Ala w RET według kryteriów ATA z 2015 r. należy do mutacji związanych z zespołem MEN2A i MEN2B oraz do mutacji związanych z łagodnym przebiegiem (poziom ryzyka ATA [stopień agresywności raka tarczycy] = A (skala od A do D)), poziom ryzyka RRT = 1 (skala od 1 do 3), poziom organospecyficznej penetracji dla zmian w tarczycy – MA (duży), poziom penetracji dla PHPT (pierwotna nadczynność przytarczyc) – R (rzadko), dla guza chromochłonnego rdzenia nadnerczy – R (rzadko). U wszystkich chorych z RRT przeprowadzono zabieg radykalny. U 2 chorych z dziedziczną postacią RRT zabieg operacyjny miał charakter operacji profilaktycznej.

Wnioski

Dziedziczna postać RRT występuje znacznie rzadziej niż postaci sporadyczne. Wczesne postawienie rozpoznania RRT na podstawie analizy mutacji protoonkogenu RET daje podstawy do wykonania operacji profilaktycznej, co często prowadzi do całkowitego wyleczenia.

PORÓWNANIE ZESPOLENIA ŻOŁĄDKOWO-JELITOWEGO WYKONANEGO PRZY POMOCY STAPLERA OKRĘŻNEGO Z ZESPOLENIEM STAPLEREM LINIOWYM U CHORYCH LECZONYCH Z POWODU OTYŁOŚCI OLBRYMIEJ METODĄ WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWEGO – BADANIE DWUŚRODKOWE

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Michał Janik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Maciej Walędzia (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Piotr Kowalewski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Mateusz Wierdak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Krzysztof Paśnik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska)

Wstęp

Laparoskopowe wyłączenie żołądkowo-jelitowe z pętlą Roux-en-Y (LRYGB) jest uznanym i powszechnie wykonywanym zabiegiem w leczeniu otyłości olbrzymiej, jednak wciąż nie ustanowiono konsensusu odnośnie do metody wykonania gastrojejunostomii (GJ).

Cel pracy

Celem pracy było porównanie efektów leczenia z zastosowaniem gastrojejunostomii wykonanej z użyciem okrężnego i liniowego staplera podczas LRYGB.

Metodyka

Retrospektywne badanie kliniczno-kontrolne obejmowało wyniki okołoperacyjne i pooperacyjne LRYGB wykonanych z użyciem okrężnego (LRYGB-OS) vs liniowego (LRYGB-LS) staplera. Wszyscy chorzy byli operowani w 2 akademickich ośrodkach w okresie od kwietnia 2013 r. do czerwca 2016 r. 457 spełniło kryteria włączenia do badania (255 i 202 odpowiednio w grupach LRYGB-OS i LRYGB-LS). Po sparowaniu grup pod względem wieku, płci, indeksu masy ciała oraz cho-

rób towarzyszących w stosunku 1:1, przypadki 99 pacjentów zostały przeanalizowane w każdej z grup.

Wyniki

Mediana czasu zabiegu była istotnie dłuższa w grupie LRYGB-LS (140 minut vs 85 minut, $p < 0,001$).

Krwawienie pooperacyjne oraz infekcje rany operacyjnej zdarzały się rzadziej w grupie LRYGB-LS (2,1% vs 10,3%, $p = 0,021$ oraz 1,0% vs 9,3%, $p = 0,011$). Współczynniki ponownych przyjęć były porównywalne (8,2% vs 6,1%, $p = 0,593$). Nie wykazano istotnych różnic w częstości nieszczelności gastrojejunostomii, zwężeń, przepuklin w bliznach po trokarach czy owrzodzeń brzeżnych.

Wnioski

Obie metody wykonania gastrojejunostomii podczas LRYGB są bezpieczne i mają niskie oraz porównywalne ryzyko powikłań pooperacyjnych. Po zespoleniu staplerem okrężnym ryzyko krwawienia pooperacyjnego i infekcji ran operacyjnych wydaje się być wyższe, jednak czas wykonania zabiegu jest krótszy.

CZY RADIOLOGICZNY KSZTAŁT SLEEVE'A WPŁYWA NA CZĘSTOŚĆ REFLUKSU ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA?

Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Grzegorz Torbic (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),

Natalia Gajewska (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Jan Kulawik (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska), **Mateusz Rubinkiewicz** (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Marcin Migaczewski (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska), **Marek Winiarski** (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska)

Wstęp

Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (LSG) znosi część mechanizmów antyrefluksowych, przez co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia refluksu żołądkowo-przełykowego (GERD). Mimo standaryzacji procedury kształt otrzymanego żołądka może być różny, co wydaje się potencjalnie wpływać na wystąpienie objawów GERD u chorych po LSG.

Cel pracy

Celem badania było ustalenie związku pomiędzy kształtem wytworzonego żołądka a występowaniem refluksu żołądkowo-przełykowego u chorych po LSG.

Metodyka

Do prospektywnego badania obserwacyjnego włączono chorych w wieku 18–65 lat, którzy przeszli LSG w II Katedrze Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. W 1 dobie pozabiegowej zostały wykonane seriogramy z kontrastem wodnym, na podstawie których oceniano kształt żołądka, który następnie klasyfikowano jako tabulamy, górna kieszeń, dolna kieszeń, ciężarek lub rzekomouchyłkowy. Podczas kontroli przeprowadzonej 3 miesiące po zabiegu pacjenci wypełnili kwestionariusz „GerdQ”; zebrany został również

wywiad dotyczący objawów. Punktem końcowym była analiza wpływu kształtu żołądka na ryzyko rozwoju GERD w 3 miesiące po zabiegu operacyjnym. Od 2015 r. do 2016 r. 47 pacjentów ukończyło follow-up (31 kobiet, 16 mężczyzn, w średnim wieku 46 lat).

Wyniki

3 miesiące po zabiegu objawy GERDu prezentowało 18 pacjentów (38%). Zidentyfikowane kształty żołądka to odpowiednio: górna kieszeń (32%), dolna kieszeń (30%), ciężarek (21%), tabulamy (13%), rzekomouchyłkowy (4%). W wieloczynnikowej regresji logistycznej kształt żołądka nie przyczyniał się istotnie do rozwoju objawów GERDu (OR: 1,16; CI: 0,73–1,87), a inne potencjalne czynniki ryzyka pozostały nieistotne (wiek, BMI, alkohol, palenie tytoniu, leki zmniejszające napięcie dolnego zwieracza przełyku, DM2, zaburzenia hormonalne). Jedynie kobiety miały istotnie wyższe ryzyko wystąpienia pooperacyjnego GERDu (OR: 6,50; CI: 1,01–41,75).

Wnioski

Kształt żołądka w seriogramie wykonanym w 1. dobie pozabiegowej wydaje się nie mieć istotnego wpływu na ryzyko wystąpienia pooperacyjnego GERDu.

OGNISKOWE ZMIANY W NADNERCZACH U PACJENTÓW Z PRZEBYTĄ CHOROBA NOWOTWOROWĄ

Radosław Samsel (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut Wawelska 15 Warszawa, Warszawa, Polska),

Andrzej Cichocki (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut Wawelska 15 Warszawa, Warszawa, Polska),

Katarzyna Roszkowska-Purska (Pracownia Patologii Narządowej Nowotworów Centrum Onkologii Instytut ul. Wawelska 15, Warszawa, Polska),

Lucyna Papierska (Klinika Endokrynologii CMKP Szpital Bielański ul. Ceglowska 80 Warszawa, Warszawa, Polska),

Łukasz Sawicki (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut Wawelska 15 Warszawa, Warszawa, Polska),

Alberto Puerto-Cardozo (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut Wawelska 15 Warszawa, Warszawa, Polska)

Wstęp

Przypadkowo wykryte zmiany w nadnerczach opisuje się u 3–10% pacjentów. W zdecydowanej większości są to łagodne gruczolaki. Jednocześnie, ze względu na specyficzną budowę i rodzaj ukrwienia, nadnercza stają się też bardzo częstym miejscem przerzutów. Celem pracy jest analiza zmian ogniskowych w nadnerczach u pacjentów z wywiadem nowotworowym.

Metodyka

W latach 2004–2016 w ośrodku zoperowano 374 pacjentów skierowanych z powodu guzów nadnerczy. Spośród tych chorych 87 przebyło wcześniejsze leczenie z powodu nowotworu złośliwego. W tej grupie było 55 kobiet i 32 mężczyzn, średnia wieku wynosiła 61,9 lat (sd – 10,2). Średni czas od rozpoczęcia leczenia nowotworu wyniósł 57,8 miesiąca (od 1 do 432 miesięcy). 4 pacjentów przebyło leczenie więcej niż 1 nowotworu.

Wyniki

Wykonano łącznie 48 lewostronnych, 31 prawostronnych i 6 obustronnych adrenalectomii. U 2 pacjentów, z powodu nieoperacyjności guza, wykonano jedynie biopsje. Badania

histopatologiczne wykazały przerzuty u 34 pacjentów (39%; w tym 4 obustronne), gruczolaki – u 29 (33,3%; 2 obustronne), guzy chromochłonne – u 8 (9,2%), rozrost guzkowy kory – u 6 (6,9%), rak kory nadnercza – u 4 (4,6%), wylewy krwi z włóknieniem – u 3 (3,4%), torbiel i pseudotorbiel – u 2 (2,3%), tłuszczak – u 1 (1,15%). Najczęstszym źródłem przerzutów były nowotwory nerek (14), płuc (13) i jelita grubego (5). Średnia wielkość zmian złośliwych (rak kory i przerzuty) wyniosła 71,7 mm (15–130 mm), średnia wielkość zmian łagodnych – 36,5 mm (15–80 mm), średnia wielkość guzów chromochłonnych – 53,4 mm (12–90 mm).

Wnioski

U pacjentów z wywiadem nowotworowym i świeżo wykrytą zmianą w nadnerczu istnieje duże ryzyko zmiany złośliwej (pierwotnej lub wtórnej). Ryzyko złośliwego charakteru zmiany rośnie wraz z rozmiarem guza. Należy rozważyć leczenie operacyjne u wszystkich pacjentów bez cech rozsiewu choroby nowotworowej.

WOLE GUZOWATE OBOJĘTNE A INCYDENTALNY RAK TARCZYCY – JAKIE JEST OPTIMALNE POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE? RETROSPEKTYWNA ANALIZA 2032 PRZYPADKÓW

Krzysztof Kaliszewski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Jędrzej Grzegorzówka (Zakład Histologii i Embriologii, UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Jacob Bronowicki (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Sawsan Saeid (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Beata Wojtczak (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Marta Strutyńska-Karpińska (Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Zdzisław Forkasiewicz (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Waldemar Balcerzak (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Paweł Domosiłowski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska)

Wstęp

Aktualnie toczy się dyskusja na temat optymalnego sposobu leczenia wola wieloguzkowego obojętnego (WWO).

Cel pracy

Analizie poddano bezpieczeństwo leczenia operacyjnego WWO, ryzyko wystąpienia incydentalnego raka tarczycy (IRT) oraz nawrót wola (NW).

Metodyka

Porównano 3 dominujące typy operacji w WWO: całkowitą tyroidektomię (CT), częściową tyroidektomię (CzT) i operację Dunhilla (OD), w aspekcie powikłań pooperacyjnych, występowania IRT oraz NW. Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 2032 chorych leczonych w 1 ośrodku z powodu WWO w latach 2008–2013. Do badania włączono chorych, u których przedoperacyjnie wykonano biopsję aspiracyjną cienkoigłową wykluczającą podejrzenie nowotworu. Czas obserwacji wynosił od 24 do 96 miesięcy (średnio, SD: 47 ± 20).

Wyniki

CT przeprowadzono u 867 (42,66%) chorych, CzT – u 464 (22,83%), OD – u 701 (34,49%). Wczesnymi powikłaniami pooperacyjnymi były: jedno- i obustronne porażenie nerwu krtaniowego wstecznego (JPNKW, OPNKW), klinicznie jawna tężyczka (KJT) oraz krwotok pooperacyjny (KP). Powikłania te obserwowano u następującej liczby chorych po CT, CzT oraz OD, odpowiednio: JPNKW – 15 (1,73%), 3 (0,64%) i 2 (0,28%), $p < 0,05$; OPNKW – 3 (0,34%), 2 (0,43%) oraz 0 (0,0%), $p =$

0,25; KJT – 42 (4,84%), 6 (1,29%) i 9 (1,28%), $p < 0,0001$; KP – 11 (1,26%), 4 (0,86%) oraz 3 (0,42%), $p = 0,209$. Przetrwale powikłania oceniane 6 miesięcy po operacji były obserwowane u następującej liczby chorych po CT, CzT oraz OD, odpowiednio: JPNKW – 9 (1,03%), 3 (0,64%) i 1 (0,14%), $p = 0,086$; OPNKW – 1 (0,11%), 1 (0,21%) i 0 (0,0%), $p = 0,51$; KJT – 11 (1,26%), 2 (0,43%) oraz 2 (0,28%), $p = 0,052$. IRT został rozpoznany u pacjentów poddanych CT, CzT oraz OD, odpowiednio: 18 (2,07%), 21 (4,52%) i 11 (1,56%), $p = 0,039$. NW obserwowano u 1 (0,11%) chorego po CT, u 3 (0,64%) chorych po CzT oraz u 2 (0,28%) po OD, $p = 0,234$. Występowanie IRT w WWO w analizowanym okresie (2008–2013) wynosiło: 8 (2,3%), 4 (1,29%), 7 (1,96%), 5 (1,28%), 13 (2,98%) oraz 13 (2,75%), w poszczególnych latach.

Wnioski

Przeprowadzenie mniej radykalnego zabiegu w WWO wiąże się z istotnie mniejszym ryzykiem wystąpienia wczesnego i przetrwalego JPNKW oraz KJT w porównaniu z zabiegami bardziej radykalnymi. W przypadku OPNKW (wczesnego i przetrwalego) oraz KP nie obserwuje się istotnych różnic w zależności od zakresu zabiegu. Występowanie IRT w WWO jest wyższe w przypadku zabiegów bardziej radykalnych. Mniej radykalne operacje wiążą się z wyższym ryzykiem NW. Odnotowuje się wzrost częstości występowania IRT w WWO.

CZYNNIKI RYZYKA PRZEDŁUŻONEJ HOSPITALIZACJI ORAZ READMISJI PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA ORAZ LAPAROSKOWYM WYŁĄCZENIU ŻOŁĄDKA NA PĘTLI ROUX

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Grzegorz Torbic (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),
Natalia Gajewsk (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),
Alicja Dudek (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii UJCM, Kraków, Polska),
Anna Zub-Pokrowiecka (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Anna Zychowicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Anna Rzepa (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Dorota Radkowiak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska)

Wstęp

Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (LSG) oraz laparoskopowe wyłączenie żołądkowe na pętli Roux (LRYGB) są najczęściej wykonywanymi operacjami bariatrycznymi. Dostęp laparoskopowy oraz protokół Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pozwoliły na skrócenie długości hospitalizacji oraz zmniejszenie liczby powikłań. Jednakże w przypadku niektórych pacjentów, pomimo przestrzegania protokołu, długość pobytu jest większa niż zakładana.

Cel pracy

Niniejsze badanie miało na celu określenie potencjalnych czynników ryzyka przedłużonej hospitalizacji i readmisji.

Metodyka

Badanie przyjęło model prospektywnego badania obserwacyjnego z analizą post hoc pacjentów bariatrycznych, operowanych w Szpitalu Uniwersyteckim. Kryteria włączenia: laparoskopowy zabieg bariatryczny. Kryteria wyłączenia: występowanie okołoperacyjnych powikłań, wcześniejsze operacje bariatryczne, brak danych. Głównym punktem końcowym była ocena czynników ryzyka przedłużonej hospitalizacji oraz readmisji. Za punkt odliczenia przedłużonego pobytu przyjęto 3 dni.

Wyniki

Mediana długości hospitalizacji (LOS) wynosiła 3 (2–4) dni. LOS > 3 występowała u 145 chorych (29,47%), 79 po LSG (25,82%) oraz 66 po LRYGB (35,48%; $p = 0,008$). Czynniki wydłużające hospitalizację w niniejszym materiale to: niska podaż płynów doustnych (OR 0,77, 95%CI 0,67–0,88, $p < 0,001$), duża podaż płynów dożylnych w dniu zabiegu (OR 1,71, 95%CI 1,03–2,82, $p = 0,036$) oraz każde dodatkowe 50 km odległości od miejsca zamieszkania pacjenta do Kliniki (OR 1,59, 95%CI 1,26–2,01, $p < 0,001$). Ryzyko readmisji rosło wraz z występowaniem śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych (OR 4,20, 95%CI 1,17–151,14, $p = 0,039$) oraz z niską podażą płynów doustnych w dniu operacji (OR 0,54, 95%CI 0,29–0,99, $p = 0,043$).

Wnioski

Czynniki ryzyka wydłużonej hospitalizacji w niniejszym materiale to: niska podaż płynów doustnych, duża podaż płynów dożylnych w dniu zabiegu oraz każde dodatkowe 50 km odległości od miejsca zamieszkania pacjenta do Kliniki. Ryzyko readmisji rosło wraz z występowaniem śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych oraz z niską podażą płynów doustnych w dniu operacji.

KRZYWA UCZENIA LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA

Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Jadwiga Dworak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Jan Witowski (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Mateusz Wierdak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Anna Zub-Pokrowiecka (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Michał Natkaniec (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Michał Nowakowski (Zakład Dydaktyki Medycznej UJ-CM, Kraków, Polska),

Anna Zychowicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska)

Wstęp

Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (LSG) stała się obecnie najpowszechniejszą metodą leczenia otyłości olbrzymiej z obiecującymi krótko- i długoterminowymi wynikami leczenia i jest głównym zabiegiem wykonywanym w nowych ośrodkach bariatrycznych. Większość autorów jest zgodnych, że krzywa uczenia się LSG to 50–100 zabiegów dla chirurga, jednak dostępne dane na temat krzywych uczenia się dla ośrodka bariatrycznego są ograniczone.

Cel pracy

Celem pracy było oszacowanie punktu stabilizacji krzywej uczenia się LSG w nowo powstałym ośrodku bariatrycznym oraz ocena bezpieczeństwa tego procesu.

Metodyka

Retrospektywnej analizie poddano prospektywnie gromadzone dane pacjentów w wieku 18–65 lat, operowanych metodą LSG w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Pacjentów podzielono na grupy 50-osobowe kolejno operowanych chorych. Pierwszorzędowym punktem końcowym było określenie punktu stabilizacji krzywej uczenia się całego ośrodka na podstawie czasu zabiegu, trudności i śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych oraz liczby użytych ładunków staplera. Drugorzędowy punkt końcowy to wpływ krzywej uczenia się na powikłania okołoperacyjne i reoperacje. W latach 2009–2015 233 pacjentów spełniło kryteria włączenia (159 kobiet, 74 mężczyzn, w średnim wieku 40 ± 11 lat).

Wyniki

Mediana czasu zabiegu wynosiła 110 (85–140) minut. Na podstawie analizy post hoc stwierdzono, że punktem stabilizacji był 150. zabieg. Iloraz szans śródoperacyjnych trudności malał ze wzrostem liczby operacji (OR: 0,50; CI: 0,31–0,82), wyznaczając punkt stabilizacji na 100. zabiegu. Liczba użytych ładunków staplera ustabilizowała się po 50 zabiegach ($p < 0,001$). Powikłania okołoperacyjne wystąpiły u 18 pacjentów, a ich ryzyko malało z każdymi 50 wykonanymi zabiegami (OR: 0,56; CI: 0,37–0,86). Na podstawie powikłań punkt stabilizacji ustalono na 100. zabiegu. Reoperacji wymagało 5 pacjentów (2,15%).

Wnioski

Punkt stabilizacji krzywej uczenia się w nowo powstałym ośrodku bariatrycznym znajduje się między 100. a 150. zabiegiem. Wraz z wprowadzeniem LSG odsetek powikłań jest wyższy, co powinno wzbudzić czujność chirurga zajmującego się chirurgicznym leczeniem otyłości.

LAPAROSCOPIC GASTRIC PLICATION FOR MORBID OBESITY TREATMENT. OUR EXPERIENCE

Yaroslav Havrysh (Lviv Medical University, Lviv, Ukraine),
Oleksij Lukaweckij (Lviv Medical University, Lviv, Ukraine),
Roman Havrysh (Lviv Medical University, Lviv, Ukraine)

Introduction

Laparoscopic gastric plication may prove to be an efficient method of treatment of patients with morbid obesity.

Aim

The aim of the study was to analyze the influence of laparoscopic gastric plication (LGP) for some metabolic parameters in patients with morbid obesity.

Methods

From 2010 to 2015, 55 LGPs in obesity patients without diabetes mellitus were performed. The patients age ranged from 21 to 65 years and there were 20 men and 35 women. BMI of patients ranged from 36 to 70 kg/m². The data about duration of obesity, previous treatment, age, weight, height, BMI, fasting glucose (FG), HbA1c, levels of cholesterol and lipoproteins, and leptin level were obtained before the operation and every 6 months after the surgery. Before and every 12 months after surgery, patients filled out SF-36 Health Survey and questionnaire drawn for the purpose of this research.

Results

The duration of operation was from 63 to 135 minutes, with mean hospitalization time of 4 days. There were no mortalities after the surgery. 1 patient had spleen injury during

operation and 1 had pulmonary embolism, both successfully treated. After 1-year-follow-up, normalization of leptin level in 26% of the patients, normalization of lipids levels – 79% of the patients, and normalization of cholesterol – 60% of the patients (mean EWL 32%) were observed. After 2 years, mean EWL was 48%. After 3-year-follow-up mean EWL was 51% and after 5 years mean EWL was 55%. 3 years after the surgery, a survey of life quality through own questionnaire and SF-36 was conducted. 15 patients (27%) noted depression before the surgery and 3 of them (5.4%) one year after. Headaches were observed in 17 patients (30%) before the surgery and in 2 of them (3.6%) after the surgery. Dyspnoea at physical activity was observed in 30 patients (54%) before the surgery and in 12 (21.8%) after the surgery.

Conclusions

The results give reasonable grounds to assume that LGP has positive impact on the morbid obesity course and contributes to the improvement of carbohydrate and lipid metabolism.

CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA I OPERACJI WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWEGO

Jan Kulawik (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Marcin Migaczewski (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Jadwiga Dworak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Anna Zychowicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Michał Natkaniec (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Jan Witowski (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Maciej Matyja (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Anna Lasek (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska)

Wstęp

Mimo że zabiegi bariatryczne są uważane za bezpieczne, wciąż niosą za sobą ryzyko powikłań okołoperacyjnych. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań powinna pozwolić na właściwą przedoperacyjną optymalizację chorych, a także na podjęcie adekwatnej opieki pooperacyjnej oraz wczesną diagnozę i leczenie możliwych powikłań.

Cel pracy

Celem pracy była identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoperacyjnych po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka (LSG) i operacji laparoskopowego wyłączenia żółdkowo-jelitowego (LRYGB).

Metodyka

Przeprowadzono retrospektywną analizę prospektywnie gromadzonych danych klinicznych chorych operowanych z powodu otyłości olbrzymiej w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Technika chirurgiczna LSG i LRYGB była wystandaryzowana, a pacjenci byli leczeni zgodnie z wytycznymi protokołu ERAS dla chirurgii bariatrycznej (interwencji przedoperacyjnych, śródoperacyjnych i pooperacyjnych). Potencjalne czynniki ryzyka powikłań podzielono na związane z charakterystyką

kliniczną pacjenta oraz zależne od zabiegu chirurgicznego. 408 chorych spełniło kryteria włączenia – wykonano 233 LSG i 175 LRYGB.

Wyniki

Powikłania okołoperacyjne wystąpiły u 30 chorych (7,3%). Zarówno maksymalna masa ciała i BMI przed operacją, jak i masa i BMI w dniu zabiegu były związane ze zwiększonym ryzykiem powikłań okołoperacyjnych. Typ zabiegu nie wpłynął istotnie na częstość powikłań (LRYGB vs LSG; OR: 1,14; CI: 0,53–2,44). Mimo że czas zabiegu istotnie wpływał na powikłania, nie wydaje się on mieć istotności klinicznej (OR: 1,01; CI: 1,00–1,02). Zwiększona liczba użytych ładunków staplera zwiększała istotnie ryzyko powikłań okołoperacyjnych, jednak tylko w grupie LSG.

Wnioski

Dłuższy czas trwania LSG i zwiększona liczba użytych ładunków staplera powinny zwiększyć czujność chirurga pod względem możliwości wystąpienia powikłań okołoperacyjnych. W przypadku LRYGB szczególnie wysokie BMI chorych wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych.

EFFICIENCY OF LOCALIZATION PROCEDURES IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

Volodymyr Khomyak (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina),

Nina Boyko (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina),

Oleksiy Lukavetsky (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina),

Yuriy Dovgan (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraina)

Wstęp

Mimo że zabiegi bariatryczne są uważane za bezpieczne, wciąż niosą za sobą ryzyko powikłań okołoperacyjnych. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań powinna pozwolić na właściwą przedoperacyjną optymalizację chorych, a także na podjęcie adekwatnej opieki pooperacyjnej oraz wczesną diagnozę i leczenie możliwych powikłań.

Cel pracy

Celem pracy była identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoperacyjnych po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka (LSG) i operacji laparoskopowego wyłączenia żołądkowo-jelitowego (LRYGB).

Metodyka

Przeprowadzono retrospektywną analizę prospektywnie gromadzonych danych klinicznych chorych operowanych z powodu otyłości olbrzymiej w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Technika chirurgiczna LSG i LRYGB była wystandaryzowana, a pacjenci byli leczeni zgodnie z wytycznymi protokołu ERAS dla chirurgii bariatrycznej (interwencji przedoperacyjnych, śródoperacyjnych i pooperacyjnych). Potencjalne czynniki ryzyka powikłań podzielono na związane z charakterystyką kliniczną pacjenta oraz zależne od zabiegu chirurgicznego. 408 chorych spełniło kryteria włączenia – wykonano 233 LSG i 175 LRYGB.

Wyniki

Powikłania okołoperacyjne wystąpiły u 30 chorych (7,3%). Zarówno maksymalna masa ciała i BMI przed operacją, jak i masa i BMI w dniu zabiegu były związane ze zwiększonym ryzykiem powikłań okołoperacyjnych. Typ zabiegu nie wpłynął istotnie na częstość powikłań (LRYGB vs LSG; OR: 1,14; CI: 0,53–2,44). Mimo że czas zabiegu istotnie wpływał na powikłania, nie wydaje się on mieć istotności klinicznej (OR: 1,01; CI: 1,00–1,02). Zwiększona liczba użytych ładunków staplera zwiększała istotnie ryzyko powikłań okołoperacyjnych, jednak tylko w grupie LSG.

Wnioski

Dłuższy czas trwania LSG i zwiększona liczba użytych ładunków staplera powinny zwiększyć czujność chirurga pod względem możliwości wystąpienia powikłań okołoperacyjnych. W przypadku LRYGB szczególnie wysokie BMI chorych wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych.

NEUROMONITORING W OPERACJACH TARCZYCY W MATERIALE WŁASNYM KLINIKI CHIRURGICZNEJ 4WSK WE WROCŁAWIU

Jerzy Pawełczyk (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Dorota Żelińska (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Wiktor Pawłowski (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Michał Leśniak (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Tadeusz Dorobisz (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Mariusz Chabowski (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Agnieszka Ziomek (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska),
Dariusz Janczak (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław, Polska)

Wstęp

Chirurgia tarczycy niesie za sobą 2 poważne powikłania, wywołujące długoterminowe dolegliwości u operowanych pacjentów: uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych oraz niedoczynność przytarczyc. Wprowadzenie neuromonitoringu do operacji tarczycy służy identyfikacji przebiegu nerwu krtaniowego, poprawia bezpieczeństwo i zmniejsza ilość uszkodzeń nerwów krtaniowych.

Cel pracy

Ocena przydatności użycia neuromonitoringu w operacjach tarczycy.

Metodyka

Od 2011 r. wykonano 716 operacji tarczycy z użyciem neuromonitoringu. Początkowo wykonywano zabiegi, wykorzystując aparat firmy Inomed, a następnie – firmy Medtronic. Wśród tych przypadków 67 były to nowotwory tarczycy, a 59 przypadków dotyczyło operacji nawrotowego wola.

Wyniki

W latach 2011–2017 uszkodzenie nerwów krtaniowych przy użyciu neuromonitoringu wystąpiło w 1,2% przypadków (0,0% w wolach nawrotowych i 0,1% w nowotworach). Bez użycia neuromonitoringu w latach wcześniejszych uszkodzenia wystąpiły w 1,6% przypadków.

Wnioski

- 1) Użycie neuromonitoringu poprawiło bezpieczeństwo operacji oraz wpłynęło na zmniejszenie ilości przypadków uszkodzeń nerwów, choć nie zniwelowało tych uszkodzeń do 0.
- 2) Nie odnotowano przypadków uszkodzeń nerwów w wolach nawrotowych.
- 3) Uszkodzenia nerwów w nowotworach tarczycy wiązały się z wciągnięciem nerwów w proces NPL.
- 4) Różnica procentowa ilości uszkodzeń nerwów 1,6 vs 1,2 może być też związana ze zmianą techniki operacyjnej – z resekcji subtotalnych na totalne (1,6% w operacjach subtotalnych).
- 5) Najwięcej uszkodzeń nerwu krtaniowego wstecznego odnotowano u pacjentów z chorobą Hashimoto.

WPŁYW WIEKU PACJENTA NA WCZESNE WYNIKI LECZENIA METODĄ LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA ORAZ LAPAROSKOPOWEGO WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-JELITOWEGO

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Michał Janik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Maciej Walędzia (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Piotr Kowalewski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Maciej Stanek (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Dorota Radkowiak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Anna Rzepa (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM, Kraków, Polska),
Krzysztof Paśnik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa, Polska),
Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska),
Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ-CM; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Kraków, Polska)

Wstęp

Wiek pacjenta istotnie wpływa na przebieg leczenia chirurgicznego. W przypadku chirurgicznego leczenia otyłości do zabiegu kwalifikowani są chorzy w przedziale wiekowym pomiędzy 18. a 65. r.ż. Coraz częściej dyskutuje się jednak na temat górnej granicy wieku operowanych chorych oraz bezpieczeństwa zabiegów bariatrycznych u osób starszych.

Cel pracy

Celem pracy była analiza wpływu wieku na wczesne wyniki leczenia chorych po laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka (LSG) oraz operacji wyłączenia żołądkowo-jelitowego (LRYGB).

Metodyka

Do prospektywnego badania obserwacyjnego włączono 212 chorych spełniających kryteria kwalifikacji do LSG i LRYGB, operowanych w 2 ośrodkach akademickich w Polsce. Chorych podzielono na 2 grupy: 212 (26,9%) chorych ≥ 50 . r.ż. oraz 576 (73,1%) < 50 . r.ż. Pierwszorzędowym punktem końcowym był wpływ wieku operowanych chorych na przebieg okołoperacyjny, a drugorzędowym punktem końcowym – wpływ na stopień redukcji masy ciała po 12 miesiącach od leczenia operacyjnego.

Wyniki

Pierwszorzędowe punkty końcowe: mediana czasu zabiegu w grupie ≥ 50 . r.ż. była dłuższa, ale istotnie tylko dla LRYGB. Wiek nie wpływał na częstość śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych (≥ 50 . r.ż. vs < 50 . r.ż. OR: 1,80, CI: 0,83–3,91). Między grupami nie wykazano istotnych różnic w powikłaniach wczesnych i reoperacjach ($p = 0,894$ i $0,709$). Mediana czasu hospitalizacji okazała się podobna w obu grupach ($p = 0,974$). Ryzyko późnych powikłań było porównywalne (OR: 2,14, CI: 0,92–4,97), chociaż ryzyko późnych powikłań w klasie III–V Clavien-Dindo było wyższe w grupie ≥ 50 . r.ż. (OR: 2,52, CI: 1,01–6,30). Wiek zwiększał ryzyko przepukliny w bliźnie po trokarze (OR: 4,23, CI: 1,49–12,06), ale nie wpłynął istotnie na inne powikłania późne, reoperacje i readmisje (OR: 2,47, CI: 0,94–6,50 oraz OR: 1,39, CI: 0,79–2,44). Drugorzędowe punkty końcowe: średni %WL 12 miesięcy po zabiegu był porównywalny ($p = 0,054$), ale %EWL i %EBMIL były gorsze w grupie ≥ 50 . r.ż. ($p = 0,033$ i $0,032$).

Wnioski

Chirurgiczne leczenie otyłości olbrzymiej u chorych powyżej 50. r.ż. wydaje się być bezpieczne i nie wiąże się z istotnym zwiększeniem ryzyka okołoperacyjnego. Chorzy starsi osiągają jednak gorsze efekty w zakresie stopnia redukcji masy ciała w okresie 12 miesięcy po leczeniu operacyjnym.

TRACHEOSTOMIA U CHORYCH Z NOWOTWOREM TARCZYCY

Krzysztof Kaliszewski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Krzysztof Sutkowski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Beata Wojtczak (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Waldemar Balcerzak (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Zdzisław Forkasiewicz (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Paweł Kiełb (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Jerzy Maksymowicz (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Aleksander Krawczyk (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Otto Krawiec (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska),

Paweł Domosławski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM we Wrocławiu, Wrocław, Polska)

Wstęp

Wykonanie tracheostomii nierzadko stanowi jedyną formę postępowania chirurgicznego w pewnych przypadkach nowotworów tarczycy. Może dotyczyć także zmian nienowotworowych. Czasami jest wykonywana w trybie pilnym z powodu ostrej niewydolności oddechowej, spowodowanej całkowitym zamknięciem drogi oddechowej przez naciek nowotworu lub ucisk tchawicy.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza przypadków nowotworów tarczycy, w których pierwszym etapem postępowania było wykonanie tracheostomii, oraz próba stwierdzenia, jakie typy nowotworów tarczycy najczęściej wymagają takiego postępowania i czy są w tej grupie nowotwory o dobrym rokowaniu, jak np. wysokozróżnicowane raki tarczycy.

Metodyka

W tym celu poddano analizie dokumentację medyczną 4427 chorych leczonych w I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z powodu guzów tarczycy od stycznia 2008 r. do kwietnia 2017 r.

Wyniki

Spośród 4427 chorych z guzami tarczycy u 13 (0,29%) pacjentów pierwszym postępowaniem chirurgicznym było wykonanie tracheostomii. U 12 (0,27%) chorych stwierdzono zaawansowany proces nowotworowy. W grupie tej znalazło się 9 kobiet w wieku 63–85 lat (średnia: 72 lata) i 3 mężczyzn w wieku 42–78 lat (średnia: 57 lat). Były to 4 (33,33%) przypadki raka anaplastycznego, 2 (16,66%) raki pęcherzykowe, 2 (16,66%) raki brodawkowe, 2 (16,66%) przypadki guzów wtórnych pochodzących z jasnokomórkowego raka nerki, 1 (8,33%) przypadek mięsaka gładkokomórkowego i 1 (8,33%) rak płaskonabłonkowy. U 4 (33,33%) chorych zabieg był wykonany w trybie pilnym z powodu ostrej niewydolności oddechowej.

Wnioski

Rak anaplastyczny tarczycy jest najczęstszym nowotworem wymagającym wykonania tracheostomii. Wśród innych nowotworów tarczycy wymuszających takie postępowanie są także wysokozróżnicowane raki tarczycy o teoretycznie dobrym rokowaniu i wolnym przebiegu klinicznym.

INTRODUCTION OF VIDEO-ASSISTED THYROID SURGERY IN THE SETTINGS OF CITY HOSPITAL N10, MINSK

Siarhei Yakubouski (Belarusian State Medical University – Minsk),
Gennadzij Kondratenko (Belarusian State Medical University – Minsk)

Introduction

One of the current trends in modern thyroid surgery is the introduction of minimally invasive techniques. Rapid progress in endoscopic techniques in recent years has allowed operating on thyroid through a small incision on the neck or from remote accesses such as the anterior chest wall or the axilla. The main advantage of operations performed from remote access is the complete absence of scars on the neck, which provides significant cosmetic effect, as well as ensures reduction in the severity of the pain syndrome.

Aim

The aim of the study was to present the application of minimally invasive thyroid operations using Video-Assisted Neck Surgery (VANS).

Methods

The indication for the operation was nodular goiter with a diameter of less than 4 cm (suspicion of thyroid adenoma, toxic nodule, and, in some cases, a colloid nodule) and a thyroid volume less than 40 ml. The patients with signs of thyroiditis and neck surgery in past history were excluded from the study. VANS was applied in all cases. Ultrasound scalpel UltraCision® (Ethicon-Endosurgery Inc., USA) was used for thyroid tissue dissection. The duration of the operation, morphology, the duration of hospital stay, and complications were analyzed.

Results

7 patients were operated. After the initial subtotal resections of the lobe, lobectomy was performed. The average duration of the operation was 140 minutes. There were no conversions to open surgery. Formation of hematomas/seromas and other general surgical complications, as well as paresis of the vocal cords, were not noted. All removed specimen were follicular adenomas or colloid goiter. The average duration of hospital stay in the postoperative period was 4.2 days (6.5 – after traditional interventions). All patients reported a good cosmetic result.

Conclusions

The results of the introduction of video-assisted thyroid surgery were presented. This technique significantly improves cosmetic results in comparison with traditional surgical interventions. The frequency of complications occurring do not differ from that of traditional operations, but the duration of the procedure at the stage of its introduction is longer. Trauma connected with VANS operations is similar to that of traditional operations. Introduction of such operations requires training of the staff and proper selection of patients.

RZADKIE ZMIANY W NADNERCZACH

Radosław Samsel (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut Wawelska 15 Warszawa, Warszawa, Polska),

Andrzej Cichocki (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut Wawelska 15 Warszawa, Warszawa, Polska),

Katarzyna Roszkowska-Purska (Pracownia Patologii Narządowej Nowotworów Centrum Onkologii Instytut ul. Wawelska 15, Warszawa, Polska),

Lucyna Papierska (Klinika Endokrynologii CMKP Szpital Bielański ul. Ceglowska 80 Warszawa, Warszawa, Polska),

Karolina Nowak (Klinika Endokrynologii CMKP Szpital Bielański ul. Ceglowska 80 Warszawa, Warszawa, Polska),

Tomasz Ostrowski (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii Instytut Wawelska 15 Warszawa, Warszawa, Polska)

Wstęp

Coraz większa liczba wykonywanych z różnych wskazań badań obrazowych skutkuje częstszym wykrywaniem zmian guzowatych w nadnerczach. Większość tych zmian stanowią bezobjawowe gruczolaki, ale niemały odsetek kierowanych do leczenia operacyjnego zmian skwalifikowana zostaje jako nonadenoma. W przedstawionym materiale wykazano, że dość często postawienie właściwego rozpoznania przedoperacyjnego jest niemożliwe.

Cel pracy

Prezentacja rzadkich i nietypowych patologii nadnerczy i okolicy pola nadnerczowego na materiale własnym.

Metodyka

W latach 2004–2016 skierowano do Oddziału z różnych ośrodków endokrynologicznych, celem leczenia operacyjnego, 372 pacjentów z patologiami w obrębie nadnerczy. Zoperowano 232 kobiet i 140 mężczyzn w wieku od 21 do 85 lat (średnia 56,84 lat). Wykonano 167 prawostronnych i 165 lewostronnych częściowych lub całkowitych adrenalectomii. W 22 przypadkach usunięto zmiany obu nadnerczy, a w 15 przypadkach guzy uznano za nieresekcyjne i wykonano jedynie biopsję zmian. U 3 pacjentów usunięto guz położony w bezpośredniej bliskości nadnercza, ale makroskopowo niewychodzący z gruczołu.

Wyniki

W prezentowanym materiale 5 najczęstszych rozpoznań (gruczolak, rak, guz chromochłonny, przerzuty i rozrost guzkowy kory) stanowiły łącznie 77,41% pacjentów (288). U pozostałych 84 pacjentów postawiono łącznie 20 różnych rozpoznań histopatologicznych: myelolipoma (16), wylewy krwi (14), ganglioneuroma (10), torbiel (8), pseudotorbiel (6), naczyniak (5), chłoniak (4), schwannoma (4), paraganglioma (2), tłuszczak (2), leiomyosarcoma (2), naciek białaczki szpikowej (1), choriocarcinoma (1), haemangiolipoma (1), jednoczesne utkanie złośliwego guza chromochłonnego i raka kory (1), leiomyoma (1), liposarcoma (1), sarcoma neurogenes (1), ognisko krwiotworzenia pozaszpikowego (1), rozrost rdzenia (1).

Wnioski

Pole nadnerczowe i nadnercza mogą być miejscem bardzo różnych patologii. Nietypowy wygląd zmian w badaniach obrazowych lub wątpliwości w ich interpretacji wydają się uzasadniać leczenie operacyjne.

ADRENALEKTOMIA LAPAROSKOPOWA – KIEDY POWIEDZIEĆ NIE?

Maciej Otto (Klinika i Katedra Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska)

Wstęp

Metoda laparoskopowa jest obecnie referencyjnym postępowaniem w leczeniu zmian nadnerczowych. Wybór jej nie zmienił wskazań do operacji gruczołów nadnerczowych, zmieniła się tylko (lub aż) technika operacji. Wpłynęło to znacząco na zmniejszenie powikłań około- i pooperacyjnych (10,8% adrenalektomia laparoskopowa vs 24,6% adrenalektomia klasyczna – otwarta). Dlatego też aktualnie powinno mówić się o przeciwwskazaniach do jej wykonywania, a nie o wskazaniach.

Cel pracy

Zaprezentowanie przeciwwskazań do wykonywania adrenalektomii laparoskopowej z dostępu bocznego przezotrzewnowego.

Metodyka

Materiał operacyjny patologii nadnerczy był oceniany w okresie 29 października 1997 r. – 31 grudnia 2016 r. W tym czasie operowano 1164 chorych ze zmianami nadnerczowymi: 948 chorych miało wykonaną adrenalektomię metodą laparoskopową (81,4%), a 211 – operację klasyczną/otwartą (18,1%). Wyjątkowo rezygnowano z powyższych metod na rzecz zabiegów z wykorzystaniem metody termoablacji lub embolizacji (0,5%). W pracy omówiono i zobrazowano czynniki mające wpływ na wybór metody otwartej lub metod alternatywnych (termoablacja, embolizacja), a nie metody laparoskopowej: guzy o średnicy przekraczającej 8 cm, rak inwazyjny (cechy miejscowego naciekania, powiększenie węzłów chłonnych, odległe przerzuty), reoperacje na nadnerczach, guzy pozanadnerczowe, guzy ektopowe i czynnościowe, paraganglioma, choć 3 ostatnie przeciwwskazania są dopuszczalne w ośrodkach referencyjnych.

Wnioski

W kwalifikacji do rodzaju metody operacji nadnerczy powinno się przestrzegać:

- zachowania zasad chirurgii onkologicznej;
- dbałości o radykalność pierwotnego zabiegu;
- założenia, że sama wielkość guza nie powinna decydować o sposobie wyboru metody;
- wnikliwej oceny densyjności zmiany i jej wyplukiwania po podaniu kontrastu w badaniach obrazowych (TK, MRI).

CHIRURGIA UKŁADU WSPÓŁCZULNEGO – 12 LAT DOŚWIADCZEŃ OŚRODKA GDAŃSKIEGO

Tomasz Stefaniak (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Łukasz Dobosz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Zbigniew Śledziński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska)

Wstęp

Do najczęściej wykonywanych zabiegów w zakresie układu współczulnego należą zabiegi uszkodzenia pnia współczulnego, których celem jest upośledzenie funkcji współczulno-zależnych w chorobach przebiegających z nadaktywnością układu sympatycznego (jak zespół LQT, napadowe czerwienienie twarzy, potliwość dłoni czy stóp, zaś dawniej nadciśnienie tętnicze), a także leczenie bólu przesyłanego z udziałem szlaków współczulnych.

W armamentarium chirurgii ogólnej i naczyniowej znajdują się zabiegi sympatektomii piersiowej i lędźwiowej, jak również zabiegi przecięcia lub wycięcia nerwu trzewnego.

W Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zabiegi te wykonywane są już od ponad 12 lat.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wyników leczenia chirurgicznego układu współczulnego w naszym ośrodku w okresie ostatnich 12 lat.

Metodyka

Dokonano retrospektywnej analizy bazy danych naukowych Pectoralis 2005 obejmujących informacje odnośnie do wykonywanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej GUMed. Od 10 stycznia 2005 r. do 31 maja 2017 r. wykonano w klinice 326 zabiegów sympatektomii piersiowej, 61 zabiegów sympatektomii lędźwiowej oraz 99 zabiegów splachniciektomii.

Wyniki

Średni czas hospitalizacji pacjentów wynosił 2,1 doby. Średni czas trwania zabiegów wynosił odpowiednio: dla sympatektomii piersiowej obustronnie 54 minuty, dla sympatektomii lędźwiowej obustronnie – 93 minuty, dla splachniciektomii obustronnie 75 minut. Nie zanotowano śmiertelności. Odmę opłucnową odnotowano u 4 pacjentów (0,8%), silne dolegliwości bólowe (powyżej 7 punktów w skali VAS) w pierwszych 3 dobach obserwacji odnotowano u 54 pacjentów (11%), jednak nie obserwowano ich u żadnego pacjenta po zabiegu sympatektomii lędźwiowej. Wraz z nabywaniem doświadczenia przez zespół czas trwania zabiegów ulegał skróceniu. Nasilenie dolegliwości bólowych po zabiegu sympatektomii piersiowej malało wraz z poszerzaniem zakresu profilaktyki bólu i modyfikacją okołooperacyjnego postępowania analgetycznego.

Wnioski

Leczenie chirurgiczne obejmujące ingerencję w układ współczulny jest bezpieczne. Minimalizacja występujących powikłań wiąże się z szerszym stosowaniem holistycznego podejścia do leczenia chirurgicznego, ze szczególnym akcentem na współpracę chirurg–anestezjolog.

PRZETOKA TRZUSTKOWO-OSIERDZIOWA I ZAGRAŻAJĄCA TAMPONADA SERCA JAKO BARDZO RZADKIE POWIKŁANIA OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI, SKUTECZNIE LECZONE METODAMI MAŁOINWAZYJNYMI – OPIS PRZYPADKU

Gustaw Lech (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska),
Sullivan Tadong (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska),
Maciej Stodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska)

Wstęp

Ostre zapalenie trzustki (OZT) należy do grupy chorób zapalnych jamy brzusznej o potencjalnie najcięższym przebiegu. Obserwowany w ostatnich latach znaczący postęp we wczesnej diagnostyce i właściwym postępowaniu przyczynił się do znaczącego zmniejszenia się śmiertelności w grupie chorych z OZT o ciężkim przebiegu. Spośród wielu powikłań tej ciężkiej choroby część wymaga leczenia zabiegowego. Należą do nich: ostre zakażone okołotrzustkowe zbiorniki płynu (*acute peripancreatic fluid collection* – APFC), zakażone torbiele rzekome trzustki, zakażona martwica trzustki w pierwszych 4 tygodniach zwykle nieotorbiona (*acute necrotic collection* – ANC), a w późniejszym okresie zwykle ograniczona (*walled-off pancreatic necrosis* – WOPN) oraz przetoki trzustkowe. Do jednych z najrzadszych, a jednocześnie o najcięższym przebiegu, rodzajów przetok trzustkowych należy przetoka trzustkowo-osierdziowa.

Opis przypadku

52-letni chory został przyjęty na oddział kardiologii z powodu duszności spoczynkowej, trzepotania przedsionków i cech zapalenia trzustki. W badaniu echo serca, rtg i TK klatki piersiowej rozpoznano zagrażającą tamponadę serca. Chory miał wykonaną doraźną perikardiocentezę z ewakuacją 2000 ml płynu o wysokim stężeniu amylazy (38–72 tys. j.). Pozostawiony cewnik w ciągu kolejnych 7 dni odebrał dodatkowe 1000 ml przetokowego płynu, po czym został

usunięty. Stan ogólny chorego początkowo stabilny zaczął się ponownie pogarszać. W związku z tym chory został przeniesiony do Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM z powodu zagrażającej tamponady serca w przebiegu przetoki trzustkowo-osierdziowej. Po przyjęciu wykonano choremu badanie TK i NMR jamy brzusznej i klatki piersiowej, które uwiaryściły kanał przetoki trzustkowej wychodzący z głowy trzustki i drążący w kierunku przestrzeni zaotrzewnowej nadbrzusza i śródpiersia z wytworzeniem zbiornika typu APFC, połączonego z workiem osierdziowym. Chory był następnie leczony poprzez założenie protezy trzustkowej i żółciowej w trakcie ECPW, małoinwazyjny drenaż pod kontrolą TK zbiornika płynu trzustkowego w nadbrzuszu, żywienie pozajelitowe i celowaną antybiotykoterapię. W kontrolnych badaniach echo serca stwierdzono obecność małych otorbionych zbiorników w worku osierdziowym, nieupośledzających funkcji serca. Wielotygodniowe leczenie przyczyniło się do poprawy stanu ogólnego chorego, umożliwiającego wypisanie chorego do domu z zaleceniem dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

CHIRURGIA ROBOTYCZNA DA VINCI – CZECHY 2017

Stanislav Czudek (Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Czechy),

Pavel Zonča (Fakultní nemocnice Ostrava, Ostrava, Czechy),

Vladimír Študent (Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Czechy),

Józef Dzieliński (Akademickie Centrum Chirurgii Małoinwazyjnej, Zabrze, Polska)

Wstęp

Chirurgia robotyczna to nowa technika chirurgiczna. Bardzo dużo placówek na całym świecie przeprowadza zabiegi tą metodą. Wielu autorów porównuje tę technikę zabiegów do rewolucji w chirurgii – podobnie jak było to z torakoskopią czy laparoskopią przed niemal 30 laty.

Cel pracy

Celem pracy jest podsumowanie możliwości chirurgii robotycznej i stan jej rozwoju w Czechach do 2016 r. Bezspornie jest to metoda małoinwazyjna – szybka rekonwalescencja, minimalny ból pacjentów po zabiegu, krótki pobyt w szpitalu, niewielkie blizny. Ale czy naprawdę może być zastosowana do każdego zabiegu? Czy nie jest niekiedy wykorzystywana raczej jako reklama określonego chirurga czy kliniki chirurgicznej?

Metodyka

Metoda badania została opracowana na podstawie dokładnej analizy 579 prac naukowych z dziedziny chirurgii robotycznej autorów z różnych części świata. Jest także oparta na własnych doświadczeniach po przeprowadzeniu ponad 1000 zabiegów robotem Da Vinci. Są to zabiegi z dziedziny chirurgii układu pokarmowego, torakochirurgii, urologii, ginekologii oraz chirurgii serca i naczyń.

Wyniki

Dokładna analiza prac naukowych i własne doświadczenia potwierdzają fakt, że chirurgia robotyczna Da Vinci wykazuje wszystkie zalety chirurgii małoinwazyjnej – mniejszy ból po zabiegu, szybsza rekonwalescencja, niewielkie blizny. Nie wolno jednak zapominać o kosztach tych zabiegów, które dziesięciokrotnie przewyższają koszty zabiegów torakoskopowych czy laparoskopowych. Trzeba również pamiętać, że instrumenty chirurgii robotycznej są dopiero na etapie udoskonalania. Razem z kolegami z Pragi, Ołomuńca i Nowego Jiczyzna podsumowaliśmy doświadczenia z chirurgii robotycznej w Czechach do 2016 r. Przeprowadziliśmy setki zabiegów serca, płuc, śródpiersia, przełyku, żołądka, jelita grubego, trzustki, wątroby, odbytu, prostaty, aorty, tętnic i żył. Jedynym rozsądnym wskazaniem jest, według naszych doświadczeń, prostatektomia, niektóre zabiegi w miednicy małej i niektóre zabiegi serca oraz układu krążenia.

Wnioski

- 1) Chirurgia robotyczna powinna być przeprowadzana w ośrodkach zatrudniających doświadczonych chirurgów i wyposażonych w sprzęt wysokiej jakości.
- 2) Ośrodki te powinny być ośrodkami naukowo-badawczymi z wąską współpracą lekarzy, inżynierów, specjalistów IT, z wymianą doświadczeń między danymi ośrodkami.
- 3) W 2016 r. wskazaniem w Czechach są: prostatektomia, niektóre zabiegi w miednicy małej i niektóre zabiegi kardio-waskularne.

LAPAROSCOPIC REPAIR OF PARAESOPHAGEAL HERNIA

Alexei Protasevich (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),
Anatolij Tatur (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),
Alexandr Plandovsky (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),
Victor Kardis (10th Minsk Clinical Hospital, Minsk, Białoruś),
Vadim Skachko (10th Minsk Clinical Hospital, Minsk, Białoruś),
Kamilla Rakhimova (10th Minsk Clinical Hospital, Minsk, Białoruś)

Introduction

The majority of hiatal hernias are sliding hernias, whereas paraesophageal hernias (PEH) are the most difficult to treat and amount to 5–10% of all hiatal hernias. Current practice favors laparoscopic approach. However, minimally invasive repair has been associated with relatively high recurrence rates (10–42%).

Aim

The aim of the study was to evaluate the results of laparoscopic PEH repair.

Methods

From 2012 to 2016, laparoscopic repair of PEH was performed on 75 patients (63 women and 12 men) between 25 and 79 years of age (mean age 57). The predominant symptoms were heartburn (65%), chest pain (55%), dysphagia (12%), and anemia (10%).

The standard surgical technique that include resection of hernia sac after its reduction, extensive mobilization of esophagus, primary cruroplasty and fundoplication was applied. Nissen fundoplication was performed in 90% of the cases, suture-based hiatoplasty was reinforced with mesh in 9 cases (6 – bovine pericardium Biocard, 3 – polyester prosthesis). Simultaneous procedures were done in 16 cases (10 – laparoscopic cholecystectomy, 5 – hernioplasty for anterior abdominal wall hernias, 1 – liver biopsy). Radiological follow-up was performed on the 2nd day postoperatively (100%), and after 3–24 months (80%).

Results

The operations were performed laparoscopically in all cases. The average duration of surgery was 230 minutes (range 125–450 minutes). The average duration of hospital stay was 5 days. There were no mortalities and no major postoperative complications in this group. Minor complications occurred in 1% of the cases.

80% of the patients were examined 3 months or more after the operation. The esophagram showed recurrent hiatal hernia in 10 patients (13.3 %) at a median time of 12 months. Radiographic recurrence and significant symptoms resulted in reoperation of 7 patients. Most radiographic recurrences were small (< 2 cm). Revision surgery was performed traditionally on 2 patients, laparoscopically on 5; re-revision was required in 1 patient.

Conclusions

We found that laparoscopic repair of PEH is technically feasible, provides good to excellent outcomes for the majority of patients, and has a low morbidity and mortality as well as acceptable recurrence rate. The use of mesh cruroplasty in repair of PEH continues to be debated among surgeons and commonly accepted approach has not been established yet. Decision for the placement of mesh, choice of mesh and mesh positioning should be individualized based on the operative findings and the surgeon's recommendation.

WPŁYW GERD NA FUNKCJĘ PŁUC: OCENA WARTOŚCI LAPAROSKOPOWEJ FUNDOPLIKACJI NA STAN PACJENTÓW PRZED I PO PRZESZCZEPIE PŁUC

Józef Dzieliński (Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca, Zabrze, Polska),
Marcin Maruszewski (Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca, Zabrze, Polska),
Sławomir Żegleń (Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca, Zabrze, Polska),
Marek Ochman (Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca, Zabrze, Polska),
Jacek Wojarski (Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiego Centrum Chorób Serca, Zabrze, Polska)

Wstęp

Uszkodzenie wpustu i przełyku spowodowane refluksem żołądkowo-przełykowym (Gerd) jest dobrze udokumentowane. Równie konieczna i istotna wydaje się ocena wpływu Gerd na czynność płuc. Według jednego z autorów na 3000 operowanych u 65% dominującym wskazaniem do fundoplikacji były objawy oskrzelowo-laryngologiczne, które ustępowały po laparoskopowej korekcji. W ostatnich 500 operacjach – przy zwróceniu na ten problem uwagi – odsetek sięgał nawet 90. Wydaje się, że unikalnym doświadczeniem oceny tego problemu może być analiza pacjentów kwalifikowanych do przeszczepu płuca lub po przeszczepie płuca. W piśmiennictwie wskazuje się na istotny wpływ Gerd na zarostowe zapalenie oskrzelików (BOS) w przeszczepionym płucu. Coraz częściej też fundoplikacja jest zalecana u pacjentów przed przeszczepem płuca.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wstępnych wyników wpływu laparoskopowej fundoplikacji na stan pacjentów przed przeszczepem płuca i po przeszczepie płuca.

Metodyka

U pacjentów z niewydolnością oddechową, w trakcie kwalifikacji do przeszczepu płuca, oceniano wywiad w kierunku możliwości współistnienia Gerd. Pacjenci mieli wykonywaną bronchoskopię i gastrokopię w celu oceny stopnia uszkodzenia wywołanego Gerd. Oceniano poprawę kliniczną i czynnościową płuc.

Wyniki

Impulsem do podjęcia badań były wyniki u 25-letniego pacjenta po przeszczepie płuca z powodu niewydolności oddechowej w przebiegu mukowiscydozy. W 4. roku po przeszczepie stwierdzono cechy odrzucania w stopniu umiarkowanym, BOS, zmniejszenie wyników badań spirometrycznych. Po potwierdzeniu Gerd wykonano fundoplikację według Toupet'a. 4 miesiące po operacji nastąpiła zdecydowana poprawa wartości spirometrycznych, tj. VC – wzrost o 440 ml, FEV1 – wzrost o 550 ml. Odnotowano zatrzymanie postępu objawów BOS. Po tym doświadczeniu w latach 2015–2017 wykonano fundoplikację u 4 pacjentów po przeszczepie płuca oraz u 16 przygotowywanych do przeszczepu, u których stwierdzono Gerd. Tylko 3 z nich miało przełykowe objawy Gerd. Wiek pacjentów wynosił od 24 do 66 lat (średnio 47 lat). U wszystkich uzyskano poprawę wydolności oddechowej i częściowe cofnięcie objawów oskrzelowych.

Wnioski

- 1) Dalsza analiza tego unikalnego materiału pozwoli ustalić wpływ Gerd na stopień uszkodzenia płuc.
- 2) Możliwe będzie również ustalenie, czy fundoplikacja będzie standardowym postępowaniem u wszystkich chorych kwalifikowanych do przeszczepu płuca.

WYNIKI PRZESKÓRNEGO LECZENIA ROPNI WĄTROBY

Tomasz Miłek (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego., Warszawa, Polska),
Piotr Porzycki (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego., Warszawa, Polska),
Piotr Ciostek (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego., Warszawa, Polska)

Wstęp

Przyczynę występowania wielu ropni, szczególnie tych, które są konsekwencją zakażenia ogólnoustrojowego (posocznicy), wywodzącej się ze zmian w narządach jamy brzusznej czy dróg żółciowych, stanowi mieszana flora bakteryjna. Głównymi czynnikami chorobotwórczymi są: pałeczka okrężnicy, gronkowiec złocisty, paciorkowiec kałowy, bakterie jelitowe. Liczba i wielkość ropni mogą być różne, co determinuje sposób leczenia.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena skuteczności małoinwazyjnego, przezskórnego drenażu ropni wątroby.

Metodyka

W latach 2007–2016 leczono 37 chorych z powodu ropni wątroby. Leczenie polegało na przezskórnym drenażu ropni wątroby pod kontrolą ultrasonograficzną. Podczas zabiegu pobierano posiew ropnia, a następnie stosowano celowaną antybiotykoterapię. Po ustąpieniu wycieku treści ropnej skuteczność drenażu również oceniano pod kontrolą USG.

Wyniki

18 chorych z ropniem pojedynczym do 5 cm² wyleczono małoinwazyjnym drenażem przezskórnym. 11 chorych z żółtaczką mechaniczną i ropniem do 10 cm² leczono drenażem endoskopowym i przezskórnym. 3 chorych z ropniem klepsydrowatym o objętości do 10 cm² skutecznie zdrenowano drenażem przezskórnym z wykorzystaniem kilku cewników. 3 chorych z ropniami mnogimi do 3 cm² leczono aspiracją igłową, bez pozostawienia drenu pod kontrolą USG. 2 chorych z ropniami powyżej 20 cm² leczono operacyjnie po nieskutecznym drenażu przezskórnym.

Wnioski

- 1) Przezskórny drenaż ropni pojedynczych wątroby do 5 cm jest skuteczny.
- 2) Ropnie nieregularnego kształtu drenuje się skutecznie, wykorzystując drenaż wielomiejscowy.
- 3) Drenaż hybrydowy (endoskopowo-przezskórny) jest metodą z wyboru ropni, których przyczyną jest blokada dróg żółciowych.

LAPAROSCOPIC REPAIR OF PARAESOPHAGEAL HERNIA

Alexei Protasevich (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),
Anatoly Tatur (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),
Alexandr Plandovsky (Belarusian State Medical University, Minsk, Białoruś),
Victor Kardis (10th Clinical Hospital, Minsk, Białoruś),
Vadim Skachko (10th Clinical Hospital, Minsk, Białoruś),
Kamilla Rahimova (10th Clinical Hospital, Minsk, Białoruś)

Introduction

The majority of hiatal hernias are sliding hernias, whereas paraesophageal hernias (PEH) are the most difficult to treat and amount to 5–10% of all hiatal hernias. Current practice favors elective laparoscopic approach regardless whether the patients are symptomatic or not. However, minimally invasive repair has been associated with relatively high recurrence rates (10–42%).

Aim

The aim of the study was to evaluate the results of laparoscopic PEH repair.

Methods

From 2012 to 2016, laparoscopic repair of PEH was performed on 75 patients (63 women and 12 men) between 25 and 79 years of age. The predominant symptoms were heartburn (65%), chest pain (55%), dysphagia (12%), and anemia (10%). The preoperative evaluation included barium swallow and endoscopy.

The standard surgical technique that includes resection of hernial sac after its reduction, extensive mobilization of esophagus, primary cruroplasty and fundoplication was applied. Nissen fundoplication was performed in 90% of the cases, while suture-based hiato-plasty was reinforced with mesh in 9 cases (6 – bovine pericardium Biocard, 3 – polyester prosthesis). Simultaneous procedures were done in 16 cases (10 – laparoscopic cholecystectomy, 5 – hernioplasty for anterior abdominal wall hernias, 1 – liver biopsy). Radiological follow-up was performed on the 2nd day postoperatively (100%), and after 3–24 months (80%).

Results

The operations were performed laparoscopically in all cases. The average duration of surgery was 230 minutes (range 125–450 minutes). There were no mortalities and no major postoperative complications.

80% of the patients were examined 3 months or more after the operation. The esophagram showed recurrent hiatal hernia in 10 patients (13.3%). Radiographic recurrence and significant symptoms resulted in reoperation of 7 patients. Most radiographic recurrences were small (< 2 cm). Revision surgery was performed traditionally on 2 patients, laparoscopically on 5; re-revision was required in 1 patient.

Conclusions

It has been found that laparoscopic repair of PEH is technically feasible, provides good to excellent outcomes for the majority of patients, and has a low morbidity and mortality as well as acceptable recurrence rate. The use of mesh cruroplasty in repair of PEH continues to be debated among surgeons and commonly accepted approach has not been established yet. Decision for placement of mesh, choice of mesh and mesh positioning should be individualized based on the operative findings and the surgeon's recommendation.

LAPAROSKOPOWA RESEKCJA W LECZENIU TRUDNYCH POLIPÓW JELITA GRUBEGO

Michał Kisielewski (II Katedra Chirurgii Ogólnej CM UJ, Kraków, Polska),
Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej CM UJ, Kraków, Polska),
Marek Winiarski (II Katedra Chirurgii Ogólnej CM UJ, Kraków, Polska),
Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej CM UJ, Kraków, Polska)

Wstęp

Nie wszystkie polipy jelita grubego można w bezpieczny i radykalny sposób usunąć podczas kolonoskopii. Leczenie operacyjne jest alternatywą dla rozległych, niekorzystnie zlokalizowanych, polipów lub jest kolejnym krokiem terapeutycznym u pacjentów, którzy mieli usuniętego polipa z rakiem przy braku pewności co do doszczętności zabiegu. Zabiegi laparoskopowe mogą sprzyjać szybszej rekonwalecencji pacjentów po zabiegach resekcyjnych również z powodu trudnych polipów jelita grubego.

Cel pracy

Ocena wyników leczenia operacyjnego polipów jelita grubego przy stosowaniu technik minimalnie inwazyjnych.

Metodyka

Retrospektywnej analizie poddano bazę danych chorych poddanych zabiegom resekcyjnym jelita grubego w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w latach 2011–2017. Do badania włączono pacjentów z polipami nienadającymi się do endoskopowego usunięcia, pacjentów ze stwierdzonym rakiem w polipie, kiedy nowotwór obejmował lub mógł obejmować szypułkę polipa. Kryteria wykluczenia: pacjenci z genetycznie uwarunkowaną polipowatością, chorobami zapalnymi jelit oraz pacjenci, u których wykonano zabieg hybrydową metodą TaTME. Wszystkie zabiegi wykonywano laparoskopowo. Punktami końcowymi badania były liczba powikłań, długość hospitalizacji i ponowne przyjęcia do szpitala. Ponadto przeanalizowano wyniki histopatologiczne operowanych pacjentów.

Wyniki

Z grupy 397 pacjentów wyłoniono 35 chorych (15 K/20 M) operowanych z powodu polipów jelita grubego. Najczęściej wykonywanymi zabiegami były przednia resekcja odbytnicy (36%) i prawostronna hemikolektomia (34%). Doszło do 6 powikłań (17%), z których 2 (5%) wymagały ponownej interwencji chirurgicznej. Średnia długość hospitalizacji wyniosła 4 dni (1–11 dni). W wynikach badań histopatologicznych u 11 pacjentów (31%) stwierdzono raka.

Wnioski

Laparoskopowa resekcja jelita grubego jest skutecznym podejściem terapeutycznym u chorych z trudnymi polipami jelita grubego. U 31% chorych w preparacie pooperacyjnym stwierdzono raka, co przemawia za zasadnością zabiegów resekcyjnych w tej grupie chorych.

LAPAROSKOPOWE USUNIĘCIE NERWIAKA OSŁONKOWEGO WNĘKI WĄTROBY POD KONTROLĄ ŚRÓDOPERACYJNEJ NAWIGACJI ULTRASONOGRAFICZNEJ – OPIS PRZYPADKU

Maciej Sebastian (Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Maciej Sroczyński (Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska),
Jerzy Rudnicki (Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska)

Wstęp

Schwannoma (nerwiak osłonkowy) jest zazwyczaj pojedynczym łagodnym guzem wywodzącym się z komórek Schwanna osłonek nerwów czaszkowych i obwodowych. Guzy tego typu bardzo rzadko ulegają transformacji złośliwej i leczy się je doszczętnym wycięciem chirurgicznym w dostępnych lokalizacjach. Umieszczenie w jamie brzusznej jest sporadyczne (głównie żołądek). Schwannoma w okolicy wnęki wątroby zostały do tej pory opisane w 15 przypadkach na świecie. Wszystkie zabiegi zostały wykonane metodą otwartą, bez użycia śródoperacyjnego badania ultrasonograficznego.

Opis przypadku

22-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu 29 września 2016 r. z powodu trwających od 3 miesięcy dolegliwości bólowych w nadbrzuszu. Nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w badaniu klinicznym oraz w badaniach laboratoryjnych. Pacjentka nie miała w przeszłości zabiegów operacyjnych, wywiad rodzinny był nieobciążający. Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej ujawniło guza w okolicy wnęki wątroby, a badanie rezonansu magnetycznego potwierdziło rozpoznanie guza o wymiarach $3,5 \times 2 \times 2$ cm bez nacieku naczyń oraz dróg żółciowych.

Po uzyskaniu zgody pacjentka została zakwalifikowana do laparoskopii. Śródoperacyjne badanie ultrasonograficzne zostało przeprowadzone głowicą laparoskopową Toshiba PEF-704 LA (częstotliwość 7,0 MHz) z aparatem Toshiba NemioMX SSA-590A. Funkcja duplex doppler umożliwiła różnicowanie struktur naczyniowych od beznaczyniowych, ocenę resekcyjności zmiany i ustalenie właściwej płaszczyzny preparowania. W trakcie operacji oraz po zabiegu nie obserwowaliśmy żadnych powikłań. Pooperacyjne badanie histopatologiczne oraz immunohistochemiczne ustaliło rozpoznanie doszczętnie usuniętego łagodnego guza Schwannoma o wymiarach $3,5 \times 2 \times 2$ cm S100 (+), SMA (-), CD117 (-), CD34 (+) – tylko w naczyniach krwionośnych, Ki-67 (+) < 1% w komórkach guza. Od zabiegu minęło 7 miesięcy, a pacjentka nie ma objawów nawrotu choroby.

Wnioski

Opisany przypadek jest przykładem bardzo rzadkiej lokalizacji nerwiaka osłonkowego, który został z powodzeniem usunięty laparoskopowo. Śródoperacyjne ultrasonograficzne badanie laparoskopowe zapewniło nawigację w trakcie trudnego technicznie i niebezpiecznego preparowania w okolicy wnęki wątroby i umożliwiło bezpieczne przeprowadzenie zabiegu metodą laparoskopową.

EFEKTY LARYNGOPLASTYKI INIEKCYJNEJ W ZNIECZULENIU MIEJSCOWYM PRZEPROWADZANEJ W JATROGENNYCH PORAŻENIACH KRTANI

Ewelina Sielska-Badurek (Klinika Otolaryngologii WUM, Warszawa, Polska),

Katarzyna Jędra (Klinika Otolaryngologii WUM, Warszawa, Polska),

Maria Sobol (Zakład Biofizyki i Fizjologii Człowieka, WUM, Warszawa, Polska),

Kazimierz Niemczyk (Klinika Otolaryngologii WUM, Warszawa, Polska)

Wstęp

Porażenia krtani o podłożu jatrogennym stanowią ok. 80% wszystkich porażeń krtani, z którymi pacjenci zgłaszają się do Poradni Foniatrycznej WUM. Jatrogenne porażenia krtani najczęściej pojawiają się po strumektomiach, ale także mogą wystąpić po innych operacjach w obrębie szyi, głowy i klatki piersiowej. Głos pacjenta z porażeniem krtani jest osłabiony, z domieszką powietrza i znacznie skróconym czasem fonacji. Gorsza jakość głosu wpływa niekorzystnie na jakość życia pacjenta.

Cel pracy

Ocena efektywności laryngoplastyki iniekcyjnej przeprowadzanej w znieczuleniu miejscowym u pacjentów z jatrogennymi porażeniami krtani.

Metodyka

W badaniu wzięło udział 14 pacjentów (5 kobiet i 9 mężczyzn), w wieku: $57,8 \pm 19,0$ lat, z zakresem: 32–83 lat, z jednostronnym porażeniem krtani, które wystąpiło po strumektomii (10 pacjentów), endarterektomii tętnicy szyjnej (1 pacjent), usunięciu paragangliomy szyjnej (1 pacjent), operacji torakochirurgicznej (1 pacjent) oraz po operacji guza podstawy czaszki (1 chory). U wszystkich pacjentów przeprowadzono laryngoplastykę iniekcyjną w znieczuleniu miejscowym, przez jamę ustną, podając bocznie od fałdu głosowego/fałdów głosowych hydroksyapatyt wapnia (preparat Radiesse). Jakość głosu pacjentów oceniano przed zabiegiem, 3 miesiące i 6 miesięcy po zabiegu.

Wyniki

U każdego pacjenta po przeprowadzonej procedurze w ocenie endoskopowej krtani obserwowano poprawę zwarcia fonacyjnego, odsłuchową poprawę jakości głosu popartą obiektywnymi badaniami akustycznymi, wydłużenie maksymalnego czasu fonacji oraz poprawę samooceny jakości życia zależnej od głosu dokonywaną przez pacjenta.

Wnioski

Laryngoplastyka iniekcyjna u pacjentów z jatrogennymi porażeniami krtani stanowi efektywną metodę poprawiającą jakość głosu oraz jakość życia pacjenta.

PROTOKÓŁ ERAS W CHIRURGII KOLOREKTALNEJ – CZY MOŻLIWE JEST UTRZYMANIE WYSOKIEJ REALIZACJI PROTOKOŁU?

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Natalia Gajewska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Michał Kisielewski (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Jan Witowski (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Magdalena Mizera (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska),

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Kraków, Polska)

Wstęp

Stosowanie protokołu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) w chirurgii kolorektalnej zmniejsza odsetek powikłań, przyspiesza rekonwalescencję i skraca czas pobytu w szpitalu. Jednym z jego elementów jest stałe monitorowanie realizacji protokołu wśród pacjentów. Udowodniono, że tylko przy pełnej realizacji możemy oczekiwać korzystnych wyników jego stosowania. Istnieją jednak obawy, czy ośrodek stosujący ERAS jest w stanie utrzymać wysoki stopień realizacji przez dłuższy czas.

Cel pracy

Celem naszej pracy była ocena realizacji protokołu ERAS w grupie 400 chorych operowanych laparoskopowo z powodu raka jelita grubego.

Metodyka

Prospektywną analizą objętych zostało 400 kolejnych pacjentów poddanych laparoskopowej resekcji jelita grubego z powodu raka w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 2013–2017. Podzielono ich na cztery równe grupy po 100 pacjentów, które porównano pod kątem czynników demograficznych, elementów protokołu ERAS, stopnia jego realizacji, odsetka powikłań i readmisji.

Wyniki

Nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami dotyczących wieku, płci, BMI, stopnia ASA, chorób towarzyszących oraz lokalizacji nowotworu. Stopień realizacji protokołu ERAS w grupie 1, 2, 3 i 4 wynosił odpowiednio 76,9%, 92,3%, 84,6% i 84,6% ($p < 0,001$). Odnotowano istotne statystycznie skrócenie czasu do oddania pierwszego stolca w kolejnych grupach (2,5 vs 2,1 vs 2 vs 1,7 dnia, $p < 0,001$) oraz wzrost odsetka chorych uruchomionych w pierwszej dobie pooperacyjnej (72% vs 92% vs 91% vs 94%, $p < 0,001$). Po początkowym wzroście szybkości włączania diety doustnej, w ostatniej grupie wyraźnie odnotowano spadek odsetka pacjentów, u których wdrażano dietę stałą w pierwszej dobie pooperacyjnej (54% vs 83% vs 83% vs 64%, $p < 0,001$). Nie odnotowano różnic pomiędzy grupami dotyczących liczby powikłań 36% vs 25% vs 26% vs 31% ($p = 0,2991$). Mediana czasu hospitalizacji w grupach wynosiła odpowiednio 5, 4, 4 i 4 dni ($p = 0,0025$). Odsetek readmisji we wszystkich czterech grupach był porównywalny i wynosił odpowiednio 8%, 10%, 8% i 12% ($p = 0,7397$).

Wnioski

Utrzymanie wysokiego stopnia realizacji protokołu ERAS jest możliwe. Mimo że niektóre jego elementy są realizowane w mniejszym zakresie, czas rekonwalescencji oraz parametry pooperacyjne nie ulegają zmianie. Konieczne wydaje się określenie, które z elementów ERAS mają kluczowe znaczenie w przyspieszeniu rekonwalescencji.

ŚRÓDOPERACYJNA ULTRASONOGRAFICZNA NAWIGACJA LAPAROSKOPOWA W TRAKCIE ADRENALEKTOMII LAPAROSKOPOWEJ

Maciej Sebastian (Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Wrocław, Polska),
Maciej Sroczyński (Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Wrocław, Polska),
Monika Sępek (Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Wrocław, Polska),
Dariusz Rychlewski (Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Wrocław, Polska),
Jerzy Rudnicki (Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Wrocław, Polska)

Wstęp

Laparoskopowa adrenalectomia jest obecnie zalecanym postępowaniem operacyjnym w przypadku guzów nadnercza kwalifikujących się do wycięcia. Przedoperacyjna diagnostyka obrazowa jest niezbędnym postępowaniem w diagnostyce przedoperacyjnej, jednak pomimo dokładnych badań lokalizacyjnych chirurg może w trakcie zabiegu operacyjnego natrafić na problemy z uwidocznieniem nadnercza, szczególnie w przypadku niewielkich zmian i zmienionych warunków anatomicznych. Niezwykle przydatne w tej sytuacji jest zastosowanie laparoskopowej ultrasonografii śródoperacyjnej, która pozwala na dokładne zlokalizowanie guza oraz istotnych struktur.

Cel pracy

Ocena przydatności zastosowania laparoskopowej ultrasonografii śródoperacyjnej w nawigacji podczas adrenalectomii laparoskopowej.

Metodyka

Laparoskopową ultrasonografię śródoperacyjną zastosowano w przypadku 30 adrenalectomii prawostronnych oraz 30 adrenalectomii lewostronnych przeprowadzonych w latach 2012–2016. 14 pacjentów przebyło wcześniej zabiegi operacyjne w zakresie jamy brzusznej. Średni wiek pacjentów wynosił 55,4 lat, stosunek kobiet do mężczyzn (40:20). Wielkość guza wynosiła 1,8–6,7 cm, gruczolak hormonalnie czynny/hormonalnie nieczynny 22/38. Badanie zostało przeprowadzone sondą laparoskopową Toshiba PEF-704 LA (częstotliwość 7,0 MHz) z aparatem Toshiba NemioMX SSA-590A. Funkcja duplex doppler umożliwiła uwidocznienie struktur naczyniowych.

Wyniki

We wszystkich przypadkach po zastosowaniu laparoskopowego badania ultrasonograficznego prawidłowo zlokalizowano gruczoł nadnerczowy wraz z jego unaczynieniem, bez konieczności rozległego preparowania, przedłużania czasu operacji oraz zwiększania ryzyka powikłań naczyniowych i rozkwaślowania guza.

Wnioski

Zastosowanie śródoperacyjnego laparoskopowego badania ultrasonograficznego jest niezwykle przydatnym narzędziem umożliwiającym lokalizację gruczolu nadnerczowego w trakcie adrenalectomii laparoskopowej, szczególnie w przypadku niewielkich guzów oraz zmienionych warunków anatomicznych.

VAAFT – VIDEO ASSISTED ANAL FISTULA TREATMENT. ZALETY I WADY MINIMALNIE INWAZYJNEJ TECHNIKI LECZENIA PRZETOK ODBYTU

Michał Romaniszyn (III Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Kraków, Polska),

Piotr Wałęga (III Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Kraków, Polska)

Wstęp

„Złotym standardem” w leczeniu przetok odbytu jest fistulektomia. Skuteczność leczenia tą metodą to 70–90%, jednak ryzyko nietrzymania stolca jest istotnym powikłaniem. Dlatego wciąż poszukiwane są metody mniej inwazyjne. Technika VAAFT wykorzystuje fistuloskop do leczenia przetoki od wewnątrz.

Cel pracy

Celem pracy jest zaprezentowanie wyników leczenia przetok odbytu w technice VAAFT w doświadczeniu jednego ośrodka.

Metodyka

Badanie prospektywne, nierandomizowane. 68 kolejnych pacjentów z przetokami odbytu zostało zoperowanych sposobem VAAFT: 30 pacjentów z przetokami prostymi, 38 ze złożonymi. Średni czas obserwacji wyniósł 31 miesięcy.

Wyniki

Średni czas operacji wyniósł 65 minut (20–135 minut). Całkowity odsetek pełnych wyleczeń wyniósł 54,41% (rany 37 z 68 pacjentów zagoiły się bez nawrotu w długotrwałej obserwacji). Wyniki operacji różniły się w zależności od rodzaju przetoki. W grupie z prostymi przetokami skuteczność wyniosła 73,3%, w grupie ze złożonymi przetokami wyniosła zaledwie 39,47%. Ponadto wyniki leczenia były lepsze u kobiet niż u mężczyzn, zarówno w prostych (81,82% vs 68,42%), jak i złożonych przetokach (77,78% vs 27,59%). U żadnego z pacjentów nie stwierdzono powikłań związanych z procedurą VAAFT ani pogorszenia kontynencji.

Wnioski

Wynik leczenia endoskopowego przetok odbytu zależy od rodzaju przetoki u danego pacjenta. Procedura VAAFT ma pewne wady, związane z sztywną konstrukcją fistuloskopu oraz grubością jego trzonu. Ponadto elektrokoagulacja przetoki od wewnątrz może nie być wystarczająca do zaopatrzenia przetok o szerszej średnicy. Jednak z drugiej strony znikome ryzyko powikłań pozwala powtarzać terapię minimalnie inwazyjną do uzyskania korzystnego rezultatu. Wskazana jest odpowiednia kwalifikacja pacjentów, którzy odniosą największą korzyść z tego leczenia.

LAPAROSCOPIC HEPATICOJEJUNOSTOMY IN TREATMENT FOR ADVANCED PANCREATIC HEAD CANCER WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Mychaylo Nychytaylo (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraina),

Oleksii Kondratiuk (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraina),

Yuriy Khilko (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraina),

Vitaliy Kondratiuk (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraina),

Andriy Kolesnyk (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraina),

Natalia Yermak (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraina)

Introduction

There has been an ongoing debate whether laparoscopic hepaticojejunostomy may prove to be an alternative for conservative therapy of advanced pancreatic head cancer with obstructive jaundice.

Aim

The aim of the study was to analyze the results of laparoscopic surgical procedure in patients with advanced pancreatic head cancer with obstructive jaundice.

Methods

From 2011 to 2017, in A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, NAMS of Ukraine, 15 laparoscopic hepaticojejunostomies for advanced pancreatic head cancer with obstructive jaundice were performed. In 12 cases, the hepaticojejunostomy was performed as palliative procedure and in 3 cases as a first step before radical surgery.

Results

The survival rate was 352 ± 110.4 days and depended on histological structure and localization of the tumor. In 3 cases, the patients successfully underwent pancreaticoduodenal resection within 2 to 4 weeks after laparoscopic hepaticojejunostomy. The patients were discharged without complications; repeated hospitalizations or lethal cases were not observed.

Conclusions

Laparoscopic hepaticojejunostomy is a valuable alternative to the traditional methods and combines all advantages of mini-invasive surgery.

WYNIKI LECZENIA GUZÓW JELITA GRUBEGO METODĄ LAPAROSKOPOWĄ W MATERIALE WŁASNYM

Tomasz Gach (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Kraków, Polska),

Rafał Solecki (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska),

Wojciech Szwed (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Kraków, Polska),

Mrośław Szura (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska)

Wstęp

Laparoskopowe operacje jelita grubego są coraz częściej wybieraną opcją terapeutyczną leczenia guzów jelita grubego. Zakres zabiegów laparoskopowych oraz doszczętność leczenia onkologicznego są porównywalne z klasyczną chirurgią. Dodatkowo połączenie techniki laparoskopowej z prowadzeniem chorych według protokołu ERAS pozwala zmniejszyć liczbę powikłań pooperacyjnych i skrócić czas hospitalizacji chorych.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wyników zabiegów resekcyjnych jelita grubego wykonanych metodą laparoskopową z powodu raka.

Metodyka

W okresie 15 miesięcy, od stycznia 2016 r., na Oddziale zakwalifikowano do zabiegów laparoskopowych z powodu guzów jelita grubego 111 chorych. Ze względu na zaawansowanie procesu nowotworowego w 9 przypadkach (8,1%) wykonano konwersję do zabiegu otwartego. Dalszej analizie poddano 102 chorych. Wszyscy chorzy w okresie pooperacyjnym prowadzeni byli według protokołu ERAS. 44,1% badanej grupy stanowiły kobiety, 55,9% – mężczyźni. Wiek chorych wahał się od 30 do 93 lat, mediana 68 lat. Analizie poddano rodzaj zabiegów, czas zabiegów, częstość konwersji, czas hospitalizacji, radykalność leczenia onkologicznego oraz powikłania pooperacyjne.

Wyniki

Wykonano 25 prawostronnych hemikolektomii, 2 resekcje poprzecznicy, 19 lewostronnych hemikolektomii, 7 resekcji esicy, 38 przednich resekcji odbytnicy, 6 zabiegów sposobem Hartmanna oraz 5 brzuszno-kroczeniowych amputacji odbytnicy. Resekcję R0 wykonano u 97 chorych, R1 u 1, R2 u 4 chorych. Średnia usuniętych węzłów wynosiła 16. U 52 chorych zaawansowanie guza w badaniu histopatologicznym oceniono na T3, u 8 – T1, u 11 – T2 i u 12 – T4. U 40 chorych stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych: N1 – 29, N2 – 11. Średni czas trwania zabiegu wyniósł 124 minuty. Czas hospitalizacji po zabiegu wahał się pomiędzy 2 a 24 dni, średnio 4 dni, mediana 4 dni. Powikłania pooperacyjne stwierdzono w 25,5% przypadków, zgon wystąpił w 1 przypadku. Według klasyfikacji Clavien-Dindo: gr. I – 4 – 3,9%, II – 6 – 5,9 %, IIIa – 5 – 4,9%, IIIb – 7 – 6,9%, IVb – 3 – 2,9%, V – 1 – 1%. 11,8% chorych wymagało ponownej hospitalizacji przed upływem 30 dni od zabiegu.

Wnioski

Laparoskopowe operacje jelita grubego są efektywną i bezpieczną metodą leczenia nowotworów tego narządu. Pozwalają skrócić czas hospitalizacji i zminimalizować odsetek poważnych powikłań.

RESULTS AND COMPLICATIONS OF ENDOSCOPIC PAPILECTOMY

Petro Ogorodnyk (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraine),
Andrii Deinychenko (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraine),
Natalia Ermak (National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv, Ukraine)

Introduction

Endoscopic papillectomy has recently been used as an alternative surgery procedure in treatment of ampullary adenomas. However, its full effectiveness has not been agreed upon.

Aim

The aim of the study was to analyze results and complications of endoscopic papillectomy in patients with ampullary adenomas.

Methods

A total of 27 patients with ampullary neoplasms were treated by means of endoscopic papillectomy during a 10-year period from 2007 to 2017. There were 17 women (63%) and 10 men (37%). The indications for endoscopic papillectomy were tumor size less than 3 cm, absence of ulceration, duodenal infiltration, and intraductal extension. The standard polypectomy snare using blended electrosurgical current was used to tighten around the lesion and transect it. The tumors larger than 2 cm were resected piecemeal. Pancreatic stenting was attempted in 8 patients. All tissue was retrieved and sent for histopathological evaluation.

Results

Of 27 patients with ampullary lesions, 16 had tubular and 11 had villous adenomas. 14 of the endoscopically treated patients, required 1 endoscopic resection, while 13 of them required 2 or more endoscopic resections (range 2 to 3).

Complications occurred in 9 cases (33.3%). 4 patients had acute pancreatitis and 4 had early bleeding. 1 retroperitoneal perforation was recognized at the time of papillectomy. This patient was managed conservatively and 1 month later underwent pancreaticoduodenectomy. Tumor recurrence was found in 4 patients with ampullary adenomas within 10–48 months after the initial papillectomy and required repeated endoscopic interventions.

Conclusions

Most ampullary adenomas can be successfully treated by endoscopic snare papillectomy, but long-term follow-up to monitor recurrence would be necessary to further validate the success of adenoma resection.

LAPAROSCOPIC SINGLE-PORT SURGERY IN TREATMENT FOR COMBINED ABDOMINAL AND PELVIC PATHOLOGY

Mykhailo Nychytaylo (A. A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Alexandr Lytvynenko (A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Ivan Lukecha (A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Liliia Nazarko (A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Introduction

Nowadays, videoscopic surgery has become a standard and widely used method of treatment of most abdominal and pelvic pathologies. One of the areas of advanced laparoscopic surgery is concerned with the development and implementation of techniques designed to minimize trauma and achieve even more pronounced cosmetic effect. It is possible with single-port laparoscopic surgery (SILS). Surgeries using SILS technique are gaining acceptance among surgeons as they meet modern requirements, i.e. minimum trauma and pain severity, as well as noticeably enhanced cosmetic effect.

Methods

From 2013 to 2016, 188 surgeries were performed on patients with abdominal and pelvic pathologies, including calculous cholecystitis – 85 (45.2%), appendicitis – 12 (6.4%), surgeries on benign ovarian tumors – 36 (19.1%), liver cysts – 30 (16%), of which 16 with parasitic cysts, splenectomy – 3 (1.6%), resection surgery for spleen cysts – 18 (9.5%), and enucleation of benign tumors of the small and large intestine mesentery – 4 (2.1%). Depending on the application of the kind of laparoscopic technique, patients were divided into 2 groups: Group 1 – 100 patients (53.1%) who were operated using traditional laparoscopic techniques, and Group 2 – 88 patients (46.8%) treated with the use of SILS technique. The mean age of the patients was 41 ± 6.5 years, with average body mass (BMI) of 30.2 kg/m^2 .

Results

All surgeries were successfully performed. In 2.2% of the cases, during SILS cholecystectomy, additional trocars were installed by traditional procedure, transition caused by difficulty with the identification of elements of Calot's triangle. Conversion was not observed. In Group 1, the duration of surgery was 65.8 ± 0.7 minutes, with blood loss of 12 ± 3.8 ml, duration of analgesia in the postoperative period – first 12 h, and the average duration of hospital stay – 2.5 ± 0.5 days. Cosmetic outcome of the transection was assessed as excellent in 74.5% of the cases, and as good in 26.5% of the cases. In Group 2, the duration of surgery was 83.0 ± 1.3 minutes, with blood loss of 14 ± 4.5 ml, duration of postoperative analgesia – first 24 h, and the average duration of hospital stay – 1.5 ± 0.3 days. Cosmetic result of the surgery was assessed as excellent in 87.5% of the cases, and as good in 12.5% of the cases. Postoperative complications were not observed.

Conclusions

Surgical intervention with the use of SILS technology in the treatment of abdominal pathologies is a safe and effective alternative to traditional laparoscopic surgery, provides more pronounced cosmetic effect and allows to shorten hospital stay.

DOŚWIADCZENIE OŚRODKA GDAŃSKIEGO WYNIKAJĄCE Z DWÓCH LAT STOSOWANIA PROTOKOŁU ERAS W CHIRURGII BARIATRYCZNEJ

Monika Proczko-Stepaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Łukasz Kaska (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Justyna Bigda (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Paweł Twardowski (Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Katarzyna Zawadzka (Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska),
Zbigniew Słodziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska)

Wstęp

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

Cel pracy

W pracy poddano analizie wyniki stosowania protokołu ERABS od marca 2015 r. do czerwca 2017 r. (860 przypadków), a ponadto oceniono efektywność i bezpieczeństwo stosowania protokołu *fast track*.

Metodyka

Protokół ERABS został wprowadzony w naszym ośrodku w marca 2015 r., do zabiegów kwalifikowano chorych po przejściu odpowiedniego przygotowania w ramach zespołu wielodyscyplinarnego, chorzy poddawani byli operacjom rękawowej resekcji żołądka lub operacjom restrykcyjno-wyłączeniowym typu *gastric bypass*. Operacje przeprowadzane były 2 dni w tygodniu, kolejno 5–6 zabiegów wykonywanych od początku do końca przez dedykowany zespół operacyjny. Grupę chorych operowanych według nowego protokołu porównano retrospektywnie z grupą chorych operowaną przed 2015 r. Analizowano czas trwania operacji, długość hospitalizacji, konieczność rehospitalizacji oraz wystąpienie jakichkolwiek powikłań chirurgicznych według skali Clavien-Dindo.

Wyniki

Skróceniu uległ okres hospitalizacji – średnio z 3,7 do 2,1 dnia, czas procedury chirurgicznej – średnio o 10–15 minut, niezależnie od typu wykonywanego zabiegu. Wyraźnemu skróceniu uległy przerwy między zabiegami z 30–40 minut do 10–15 minut. Wprowadzenie protokołu ERABS nie miało wpływu na zwiększenie liczby powikłań chirurgicznych ani rehospitalizacji.

Wnioski

Wprowadzenie zasad ERBAS pozwoliło na szybszą rekonwalescencję chorego, skrócenie czasu hospitalizacji, bez negatywnego wpływu na bezpieczeństwo prowadzonej terapii.

ROBOTOWY PROGRAM BARIATRYCZNY – PIERWSZE DOŚWIADCZENIA ODLEGŁE

Wojciech Witkiewicz (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław, Polska),

Rafał Mulek (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław, Polska),

Marek Tuchendler (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław, Polska),

Michał Krefft (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław, Polska),

Piotr Dawidczyk (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław, Polska)

Wstęp

Technologia robotowa, od czasu akceptacji w 2000 r. przez Food and Drug Administration, jest stosowana w ogromnej liczbie procedur chirurgicznych na całym świecie, dochodząc obecnie do 750 000 z 15-procentowym wzrostem rocznie. Operacje bariatryczne należą do jednych z częściej wykonywanych procedur robotowych zarówno w zachodniej Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych. Dotychczas przeprowadzone badania wykazują, że koszty użycia technologii robotowej w chirurgii bariatrycznej są wyższe niż wynikające z zastosowania technik laparoskopowych czy „klasycznej chirurgii otwartej”. Jednak pewna grupa badań wskazuje na mniejszą liczbę powikłań związanych z zespoleniami wykonanymi przy użyciu techniki robotowej w operacji bypassu żołądkowo-jelitowego (RRYGB) w porównaniu z wynikami uzyskiwanymi w operacjach wykonanych techniką laparoskopową.

Metodyka

W latach 2012–2015 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Ośrodku Badawczo-Rozwojowym we Wrocławiu wykonaliśmy w sumie 30 procedur bariatrycznych w technice robotowej, w tym 21 RRYGB i 9 RSG. Czas obserwacji odległej dla operowanych pacjentów wynosi od 2 do 5 lat.

Wnioski

Nasze pierwsze doświadczenia wskazują, że zastosowanie techniki robotowej jest przede wszystkim alternatywą dla klasycznego dostępu laparoskopowego. Przy małej liczbie wykonanych procedur trudno jest wykazać jednoznaczne korzyści dla zastosowanej techniki. Wydaje się, że technika robotowa powinna być w szczególności rozważana w przypadku operacji rewizyjnych z dużą ilością zrostów między żołądkiem i okolicznymi tkankami oraz zastosowanym wcześniej materiałem obcym. Analiza wykonanych przez nas procedur przekonuje, że zastosowanie techniki robotowej jest od początku intuicyjne, krzywa uczenia jest krótka, a wyniki krótkoterminowe i odległe nie odbiegają od powszechnie obserwowanych w przypadku techniki laparoskopowej. Brak powikłań leczenia potwierdza bezpieczeństwo procedury, a w analizie kosztów może okazać się ekonomicznie uzasadnione.

ANALIZA EPIDEMIOLOGICZNO-KLINICZNA ZAKAŻEŃ W OBRĘBIE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH PACJENTÓW Z ŻÓLTACZKĄ ZAPOROWĄ W MATRIALE WŁASNYM. DONIESIENIE WSTĘPNE

Maciej Sroczyński (Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław, Polska),
Jarosław Wierzbicki (Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław, Polska),
Maciej Sebastian (Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław, Polska),
Jerzy Rudnicki (Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław, Polska)

Wstęp

W trakcie żółtaczki zaporowej następuje upośledzenie fizjologicznego spływu żółci. Zastój żółci w drogach żółciowych jest odpowiednim środowiskiem dla rozwoju patogenów bakteryjnych.

Cel pracy

- 1) Analiza przyczyn zapaleń dróg żółciowych.
- 2) Określenie bakterii odpowiedzialnych za zapalenie dróg żółciowych.
- 3) Ocena skuteczności antybiotykoterapii empirycznej stosowanej u pacjentów z zakażeniem dróg żółciowych.

Metodyka

W badaniu na chwilę obecną wzięło udział i zostało poddanych analizie 14 pacjentów, leczonych w Klinice z powodu objawowego zapalenia dróg żółciowych, w przebiegu kamicy przewodowej, guzów brodawki Vatera i PŻW oraz przewlekłego zapalenia trzustki.

Wyniki

W 8 przypadkach uzyskano dodatni posiew żółci na bakterie tlenowe, w 2 przypadkach posiew był mieszany (tlenowo/beztlenowy), u 4 pacjentów posiew był jałowy.

Wnioski

Pacjenci z zapaleniem dróg żółciowych powinni jak najszybciej zostać zaopatrzeni endoskopowo celem odbarczenia dróg żółciowych, żeby nie rozwinęła się triada Charcota, a w późniejszym okresie Pentada Reynoldsa. W tym samym czasie ci pacjenci wymagają antybiotykoterapii empirycznej obejmującej szerokie spektrum bakterii tlenowych i beztlenowych oraz dobrej współpracy pomiędzy lekarzem a mikrobiologami, aby jak najszybciej włączyć leczenie celowane.

LAPAROSKOPOWE RESEKCJE RAKA ODBYTNICY – DOŚWIADCZENIA JEDNOOŚRODKOWE

Tomasz Gach (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Kraków, Polska),

Rafał Solecki (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska),

Wojciech Szwed (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Kraków, Polska),

Mrośław Szura (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie, Zakład Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska)

Wstęp

Resekcja odbytnicy z całkowitym wycięciem mezorektum jest standardem leczenia raka odbytnicy. Dążenie do zmniejszenia urazu okołoperacyjnego oraz poprawy komfortu życia, przy porównywalnych wynikach odległych, sprzyja coraz szerszemu wykorzystaniu laparoskopii i innych technik małoinwazyjnych w chirurgicznym leczeniu raka odbytnicy.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza wyników leczenia pacjentów z rakiem odbytnicy operowanych metodą laparoskopową w jednym ośrodku.

Metodyka

Przez 15 miesięcy, od stycznia 2016 r., na Oddziale zakwalifikowano do laparoskopowych operacji 51 chorych z rakiem odbytnicy. Ze względu na zaawansowanie procesu w 4 przypadkach (7,8%) wykonano konwersję do laparotomii. Analizie poddano 47 chorych. 48,9% badanej grupy stanowiły kobiety, 51,1% – mężczyźni. Wiek chorych wahał się od 39 do 93 lat, mediana 67 lat. Kwalifikacja do zabiegu odbywała się w oparciu o decyzję konsylium onkologicznego. Stopień zaawansowania oceniano na podstawie tomografii jamy brzusznej i miednicy, a w sytuacjach wątpliwych w oparciu o obrazowanie rezonansem magnetycznym i PET. Analizie poddano rodzaj i czas zabiegów, czas hospitalizacji, radykalność leczenia onkologicznego oraz powikłania pooperacyjne.

Wyniki

U 36 chorych laparoskopowo wykonano przednią resekcję odbytnicy, w 6 przypadkach zabieg sposobem Hartmanna, a u 5 chorych brzuszno-kroczoową amputację odbytnicy. Średni czas zabiegów wynosił 136 minut. Czas hospitalizacji po zabiegu wahał się od 3 do 18 dni, mediana 3 dni. Radioterapię przedoperacyjną otrzymało 6 chorych, radiochemioterapię – 4 chorych. Resekcję R0 wykonano u 44 chorych, R1 u 1, R2 u 2 chorych. Średnia usuniętych węzłów wynosiła 15. U 20 chorych zaawansowanie guza w badaniu histopatologicznym oceniono na T3, u 4 – T1, u 5 – T2 i u 5 – T4. U 26 chorych stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych: N1 – 17, N2 – 9. Powikłania pooperacyjne stwierdzono u 7 chorych (14,9%). Według klasyfikacji Clavien-Dindo: I – 2 (4,3%), II – 1 (2,1%), IIIb – 3 (6,4%), IVb – 1 (2,1%). Nie obserwowano zgonów w okresie pooperacyjnym. Ponownego zabiegu wymagało 4 chorych (8,5%). Nieszczelność zespolenia stwierdzono u 2 chorych (5,5%). Nieszczelności zespolenia nie stwierdzono u żadnego chorego po leczeniu neoadiuwacyjnym.

Wnioski

Laparoskopowe resekcje są bezpiecznym sposobem leczenia raka odbytnicy obarczonym niewielkim odsetkiem poważnych powikłań. Nie zaobserwowano związku pomiędzy wystąpieniem nieszczelności zespolenia a przedoperacyjną radioterapią.

WPŁYW MASY ŚLEDZIONY NA WYNIKI SPLENEKTOMII WYKONYWANYCH LAPAROSKOPOWO

Anna Lasek (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Anna Zychowicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Jan Kulawik (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Dorota Radkowiak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Mateusz Rubinkiewicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Ernesta Lenkevič (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Andrzej Nowak (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Michał Pedziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska),
Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej UJ CM w Krakowie, Kraków, Polska)

Wstęp

Laparoskopia stała się złotym standardem w planowych resekcjach śledziony. Technika ta pozwala na zmniejszenie inwazyjności zabiegu oraz umożliwia szybszą rekonwalescencję pacjenta. Laparoskopowa splenektomia u pacjentów ze splenomegalią może stanowić znaczne wyzwanie techniczne dla operatora.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wyników laparoskopowych splenektomii w zależności od masy śledziony.

Metodyka

Wykonano retrospektywną analizę danych chorych poddanych laparoskopowej splenektomii w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w latach 1998–2015. Do badania włączono dorosłych chorych, u których wykonano całkowitą splenektomię z dostępu laparoskopowego. Dodatkowe kryterium włączenia stanowiła dostępność informacji o wadze usuniętej śledziony. Z badania wyłączono pacjentów operowanych pierwotnie w sposób klasyczny oraz poddanych zabiegom oszczędzającym śledzionę.

Na podstawie masy usuniętej śledziony pacjentów podzielono na 2 grupy: grupę 1 stanowili pacjenci o masie śledziony < 400 g, a grupę 2 – > 400 g. Grupy porównano pod kątem czasu zabiegu, częstości konwersji, obecności powikłań czy konieczności przetaczania preparatów krwiopochodnych. Analiza statystyczna została wykonana przy pomocy oprogramowania Statistica v. 12,5 (StatSoft, Tulsa, OK, USA).

Do badania zostało włączonych 404 chorych – do grupy 1 należało 261 (64,6%), a do grupy 143 (35,4%). W grupie pacjentów z mniejszymi śledzionami było istotnie więcej kobiet (65,5% vs 55,2%; $p < 0,05$). Grupy różniły się między sobą również rodzajem wskazań do splenektomii – w grupie 1 najczęstsze wskazanie stanowiło ITP, a w grupie 2 chłoniaki.

Wyniki

Laparoskopowa splenektomia u chorych z masą śledziony > 400 g trwała dłużej ($132,4 \pm 63$ vs 96 ± 38 , $p < 0,05$). Chorzy z większymi śledzionami częściej wymagali przetoczeń krwi (16,8% vs 3,8%, $p < 0,05$) oraz częściej w trakcie zabiegu dochodziło do konwersji (4,9% vs 1,54%, $p < 0,05$). Częstość występowania powikłań w obydwu grupach nie różniła się istotnie od siebie (8,39% vs 7,66%, $p = 0,8$).

Wnioski

Laparoskopowa splenektomia może być bezpiecznie wykonywana również u pacjentów ze splenomegalią. Mimo że usunięcie śledziony w tej grupie chorych jest bardziej czasochłonne, częściej wiąże się z koniecznością konwersji oraz okołooperacyjnego przetaczania krwi, nie wiąże się ono ze zwiększeniem odsetka występowania powikłań.

CHIRURGICZNE LECZENIE RAKA JELITA GRUBEGO – LECZENIE KLASYCZNE VS LAPAROSKOPOWE

Jacek Rać (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław, Polska),
Piotr Kabziński (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław, Polska),
Michał Leśniak (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław, Polska),
Agnieszka Ziomek (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław, Polska),
Wiktor Pawłowski (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław, Polska),
Mariusz Chabowski (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław, Polska),
Dariusz Janczak (Klinika Chirurgiczna 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Wrocław, Polska)

Wstęp

Mniejszy uraz operacyjny, krótszy pobyt w szpitalu, szybszy powrót perystaltyki, a co za tym idzie wcześniejsze rozpoczęcie żywienia dojelitowego, mniejsze bóle po operacji i efekt kosmetyczny to tylko niektóre fakty świadczące o korzyściach wynikających z zastosowania technik laparoskopowych.

Cel pracy

Celem pracy było podsumowanie 10-letnich wyników leczenia chirurgicznego raka jelita grubego w materiale własnym, porównując metodę laparoskopową z operacją otwartą.

Metodyka

Od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2016 r. leczylismy operacyjnie 571 pacjentów (253 kobiety i 318 mężczyzn) w wieku od 33 do 89 lat z powodu raka jelita grubego. Średni wiek kobiet wynosił 64,4 lat (33–88), a mężczyzn 67,2 lat (37–89). Oznaczano i porównano następujące parametry chorego: wiek, płeć, lokalizację guza, wynik badania histopatologicznego z oceną liczby węzłów chłonnych w preparacie, stopień zaawansowania, czas operacji, ilość konwersji, liczbę i rodzaj powikłań pooperacyjnych, długość hospitalizacji oraz zapotrzebowanie na środki przeciwbólowe, liczbę zgonów w okresie okołoperacyjnym.

Wyniki

Zabiegi laparoskopowe przeprowadzono u 198 pacjentów, w tym u 110 mężczyzn i 88 kobiet. Hemikolektomię prawostronną, przednią resekcję odbytnicy, przednią niską resekcję odbytnicy oraz lewostronną hemikolektomię wykonano odpowiednio w 60 (30,3%), 131 (66%), 5 (2,5%), 2 (1%) przypadkach. Konwersję do laparotomii wykonano w 39 (19,7%) przypadkach, a najczęstszym powodem był

wyższy stopień zaawansowania (64%) niż w badaniach przedoperacyjnych. Średni czas zabiegów laparoskopowych był dłuższy od zabiegów otwartych. Łączna liczba powikłań w metodzie laparoskopowej była niższa niż w operacji klasycznej 41 (20,7%) vs 119 (32%). Średni czas pobytu pacjentów po zabiegach laparoskopowych był krótszy niż po zabiegach klasycznych 7,7 (5–14) dni vs 12,1 dnia (5–33). Średnia liczba węzłów chłonnych znaleziona w preparacie pooperacyjnym w obu przypadkach była porównywalna. W przypadku zabiegów laparoskopowych wynosiła 12 (9–16), natomiast zabiegów klasycznych 10 (4–15). Po zabiegach laparoskopowych zapotrzebowanie pacjentów na narkotyczne leki przeciwbólowe było mniejsze. Nie odnotowano zgonów po zabiegach laparoskopowych, natomiast po operacjach klasycznych odnotowano 3 zgony (0,8%).

Wnioski

Dłuższy czas zabiegów laparoskopowych był rekompensowany szybszym powrotem do pełnej sprawności fizycznej, krótszym pobytem w szpitalu oraz mniejszą liczbą powikłań pooperacyjnych.

OCENA OPERACYJNEGO LECZENIA CHOROÓB PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO W LATACH 2011-2016 – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Stanisław Ferenc (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Jan Gnus (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Willy Hauzer (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Andrzej Jarka (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Jerzy Banaszek (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Elżbieta Kołeczek (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Roksana Ciepłucha (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Agnieszka Derlecka (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska),
Wojciech Witkiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wrocław, Polska)

Wstęp

Cholecystektomia jest jedną z najczęściej wykonywanych operacji planowych na jamie brzusznej. Postępowanie chirurgiczne jest jedyną ustandaryzowaną metodą w leczeniu chorób pęcherzyka żółciowego. Obecnie metoda laparoskopowa (LC) niemal całkowicie wyparła metodę klasyczną (CC), stając się złotym standardem leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego. Robotowa cholecystektomia (RC) zrewolucjonizowała dziedzinę chirurgii małoinwazyjnej ze względu na ergonomię i bezpieczeństwo. Pomimo wielu zalet LC i RC nie są idealnymi metodami, posiadają one wady i szereg powikłań typowych tylko dla nich. Główną wadą LC jest ograniczenie pola widzenia i manewru chirurga, co sprawia, że w przypadku niespodziewanych trudności niezbędne jest wykonanie konwersji. Z danych literaturowych odsetek konwersji mieści się w przedziale 2,5–27,9%. Najpoważniejszym powikłaniem jest jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych (BDI), zdarzające się u 0,1–2,7% operowanych, przy śmiertelności w przedziale 1,6%–12%. Obecnie uważa się, że próg osiągnięcia biegłości w LC wiąże się z wykonaniem własnoręcznie 300 operacji.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych związanych z cholecystektomią, a także częstości i przyczyn konwersji.

Metodyka

Analizą retrospektywną objęto 1200 pacjentów poddanych CC, LC i RC. W celu ustalenia przyczyn konwersji oraz bezpieczeństwa zabiegów przeanalizowano protokoły operacyjne i dokumentację medyczną. W stworzonej bazie danych porównano pacjentów ze względu na wiek, płeć, tryb, czas operacji, czas hospitalizacji, powikłania śródoperacyjne i pooperacyjne. Opracowanie statystyczne danych wykonano testami Chi kwadrat i Manna-Whitney'a.

Wyniki

Analizowaną grupę w 65,33% stanowiły kobiety, a 34,67% mężczyźni. 1025 operacji wykonano metodą laparoskopową, 161 klasyczną i 14 robotową. Konwersję wykonano u 148 (14,4%) pacjentów po LC oraz w jednym przypadku w trakcie RC. Najczęstszą jej przyczyną były trudne warunki anatomiczne – 26,17%. Powikłania śródoperacyjne objęły 140 (11,6%) pacjentów i ich najczęstszą przyczyną była perforacja pęcherzyka żółciowego (30,71%). Jatrogenne UDŻ odnotowano u 4 (0,39%) pacjentów po LC. Jeden pacjent po UDŻ zmarł w przebiegu powikłań krążeniowo-oddechowych. 946 cholecystektomie wykonały osoby uczące się w nadzorze specjalistów.

Wnioski

Wykonanie konwersji, szczególnie w przypadkach, gdy operację wykonuje osoba szkoląca się, może wpływać na zmniejszenie liczby UDŻ, reoperacji i zgonów po cholecystektomii.

OCENA WYNIKÓW LECZENIA OPERACJI ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH PRZY UŻYCIU SYSTEMU FLEBOGRIF W 6 MIESIĘCZNEJ OBSERWACJI

Willy Hauzer (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, I Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław; II Prywatna Praktyka Lekarska Willy Hauzer – Wrocław)

Jan Gnuś (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, I Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław; II Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Aneta Hauzer (I Prywatna Praktyka Lekarska Willy Hauzer – Żerniki Wrocławskie; Śląska Wyższa Szkoła Medyczna – Katowice)

Stanisław Ferenc (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

Od grudnia 2016 r. do maja 2017 r. wykonano 20 operacji żyłaków przy użyciu FLEBOGRIF. Operacje przeprowadzono u 16 kobiet i 4 mężczyzn, 5 pacjentom wykonano operację jednoczasową na obu kończynach. Do operacji kwalifikowano pacjentów z powierzchownym przebiegiem żyły odpiszczelowej lub krętym przebiegiem żyły odpiszczelowej, u których wykonanie operacji metodą EVLT mogło być utrudnione.

Metodyka

W znieczuleniu miejscowym 1% ksylokainą ostrzyknięto miejsce wykonania wenopunkcji na wysokości stawu kolanowego. Wykonano 23 wenopunkcje i 2 wenesekcje – z powodu małej średnicy żyły odpiszczelowej (2–3 mm). Pod kontrolą USG wprowadzano prowadnik w żyłę odpiszczelową wielką do ujścia żyły udowej. Następnie po usunięciu igły wprowadzano koszulkę oraz zestaw Flebogrif pod kontrolą USG. 2–3 cm od ujścia żyły odpiszczelowej do żyły udowej. Rozkładano koronę systemu 3–5 cm od ujścia, a następnie wycofywano Flebogrif, podawano 1 amp. 2% piany Aethoxysclerolu.

Czas trwania operacji od momentu ułożenia pacjentki na stole do zakończenia zabiegu, tj. do czasu założenia pończochy uciskowej, wynosił 15–40 minut. Kontrolę wykonywano po 1. tygodniu, 1. miesiącu i po 3 miesiącach.

Wyniki

W kontrolnym badaniu USG u wszystkich pacjentów stwierdzono wykrzepioną, poszerzoną żyłę odpiszczelową bez widocznego przepływu od połowy podudzia do ujścia żyły udowej, bez cech rekanalizacji. W przypadku 15 niewydolnych żył odpiszczelowych po operacji stwierdzono odcinek obwodowy – dystalny żyły odpiszczelowej z refleksem zasilającym przez niewydolne perforatory Cocketta. U tych chorych wykonano uzupełniającą skleroterapię pod kontrolą USG. Niewielkie przebarwienie w miejscu przebiegu żyły odpiszczelowej stwierdzono u 4 pacjentów.

Wnioski

- 1) W półrocznych obserwacjach metoda Flebogrif wydaje się skuteczną, najmniej inwazyjną metodą usunięcia żyłaków kończyn dolnych (lokalna anestezja tylko w miejscu wenopunkcji, mniejszy uraz okolicznych tkanek).
- 2) Metoda Flebogrif ma zastosowanie również w przypadkach nieanatomicznego (podskórnego, krętego) przebiegu żyły odpiszczelowej.
- 3) W okresie obserwacji nie stwierdzono rekanalizacji żyły odpiszczelowej

PEKNIĘCIE TĘTNIKA AORTY BRZUSZNEJ DO ŻYŁY CZCZEJ DOLNEJ - JAK POSTĘPOWAĆ?

Dariusz Janczak (IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Jerzy Garcarek (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Maciej Malinowski (IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Mariusz Chabowski (IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Tadeusz Dorobisz (IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Michał Leśniak (IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Agnieszka Ziomek (IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wiktoria Pawłowski (IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wstęp

Pęknięcie tętniaka aorty brzusznej do żyły głównej dolnej jest stosunkowo rzadkim powikłaniem tętniaka aorty, którego występowanie szacuje się na 1–4% rozpoznanych tętniaków aorty. Wytworzona wysokoprzepływowa przetoka aortalno-kawalna powoduje podwyższone centralne ciśnienie żyłne, znacząco zwiększa obciążenie wstępne serca i szybko prowadzi do ostrej niewydolności krążenia. Dodatkowe obciążenie stanowić może zatorowość płucna spowodowana przedostaniem się materiału zatorowego z worka tętniaka do układu żylnego. Leczenie zabiegowe można przeprowadzić metodą otwartą lub wewnątrznacyniową, poprzez wszczepienie stentgraftu. Operacja klasyczna obarczona jest olbrzymim odsetkiem powikłań sięgającym 30–40%. Powodem jest wysoka trudność techniczna takiego zabiegu, wymagającego równoczesowego wyłączenia tętniaka z krążenia i zaopatrzenia przetoki w żyłę główną dolną od strony światła tętniaka.

Metodyka

W pracy omówiono 2 przypadki pęknięcia tętniaka aorty brzusznej oraz tętniaka tętnicy biodrowej do żyły czczej dolnej. W obu przypadkach przeprowadzono zabieg endowaskularny, wszczepiając stentgraft w miejsce pękniętego

tętniaka oraz stent żylny w miejsce przetoki. U 1 chorego konieczne było zaimplantowanie czasowego filtra do żyły czczej dolnej. Ze względu na utrzymujący się przeciek, zastosowano klej histoakrylowy pomiędzy nóżką stentgraftu a ścianą natywnego naczynia, powodując trwałe zamknięcie przetoki tętniczo-żylną.

Wyniki

W obu przypadkach uzyskano bardzo dobry efekt kliniczny.

Wnioski

- 1) Leczenie tętniaków aorty brzusznej z przetoką do żyły czczej dolnej wymaga pilnej interwencji chirurgicznej.
- 2) Zabieg wewnątrznacyniowy umożliwia bezpieczne i skuteczne zaopatrzenie przetoki tętniczo-żylną w takich przypadkach, może natomiast wymagać niestandardowego i zindywidualizowanego postępowania.
- 3) W przypadku przetok wysokoprzepływowych konieczne wydaje się stosowanie filtrów do żyły czczej dolnej.
- 4) Leczenie endowaskularne umożliwia skuteczne i stosunkowo bezpieczne leczenie tej rzadko spotykanej patologii naczyniowej.

FUNKCJA PŁYTEK KRWI U PACJENTÓW PO ANGIOPLASTYCE TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH

Grzegorz Borowski (Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii, Uniwersytet Medyczny – Lublin; II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Aleksandra Nowaczyńska (Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Marek Hus (Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Tomasz Zubilewicz (Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Podstawą inwazyjnego leczenia choroby tętnic obwodowych (Peripheral artery disease – PAD) jest przezskórna angioplastyka naczyń (Percutaneous transluminal angioplasty – PTA). W profilaktyce przeciwzakrzepowej stosuje się głównie kwas acetylosalicylowy (ASA) i kłopidogrel. Mimo to występują powikłania, takie jak zakrzepica w stentach, świadczące o niedostatecznej skuteczności leków. Zjawisko to, określane mianem aspirynooporności i oporności na kłopidogrel, dotyczy od 5 do 60% populacji.

Cel pracy

Ocena oporności na ASA i kłopidogrel u pacjentów z PAD, poddawanych PTA, wpływu zabiegu na rozwój zjawiska, związku z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i paleniem tytoniu. Ocena zmian ekspresji glikoprotein powierzchniowych płytek krwi dzień po zabiegu, w zależności od zastosowanej terapii przeciwplatekowej.

Metodyka

Ocena funkcji trombocytów poprzez: pomiar czasu krwawienia metodą Ivy, pomiar ekspresji Selektyny P (CD62P) i GP53 (CD63) w cytometrii przepływowej oraz pomiar hemostazy pierwotnej analizatorem Innovance PFA-200. Przebadano 72 chorych zakwalifikowanych do PTA. Wydzielono grupy: pacjentów przyjmujących ASA na stałe ($n = 45$), u których leki przeciwkrzepliwie wdrożono po zabiegu ($n = 27$); pacjentów, u których zastosowano ASA i kłopidogrel po PTA z implantacją stentu ($n = 38$) oraz pacjentów, u których zastosowano jedynie ASA po angioplastyce balonowej ($n = 36$). Dawka dobową leków wyniosła 75 mg.

Wyniki

W analizie PFA-200, w grupie pacjentów leczonych ASA na stałe, stwierdzono aspirynooporność: przed zabiegiem u 37,8% badanych (palacze tytoniu stanowili 64,7%), a po zabiegu u 46% osób. Chorzy nieleczeni dotąd przeciwplatekowo po pierwszej dawce ASA po PTA prezentowali oporność rzędu 63%. Podanie pierwszej dawki kłopidogrelu po zabiegu wiązało się z niewrażliwością na lek u 73,7% badanych. W analizie cytometrycznej stwierdzono istotną statystycznie różnicę we wzroście ekspresji markerów CD62p i CD63, przed i po zabiegu, w obu badanych podgrupach. W ocenie czasu krwawienia według Ivy odsetek chorych aspirynoopornych stanowił 40% u pacjentów na stałe przyjmujących lek. Po zabiegu odsetek opornych wyniósł 41% u pacjentów po balonoplastyce i 34% po stentowaniu i wdrożeniu 2 leków.

Wnioski

- 1) Chorzy z PAD poddani PTA są oporni na ASA w ok. 40% przypadków.
- 2) Nikotyzm sprzyja rozwojowi oporności.
- 3) Przebyty zabieg skutkuje wzrostem ekspresji CD62P i CD63, a co za tym idzie – wzrostem aktywacji płytek krwi, któremu niedostatecznie zapobiegają stosowane leki przeciwplatekowe.
- 4) Podwójna terapia przeciwplatekowa w większym stopniu ogranicza aktywację trombocytów aniżeli monoterapia ASA.

PILNY DOSTĘP NACZYNIOWY DO HEMODIALIZY - PROTEZY DO WCZESNEJ KANIULACJI MOGĄ ZASTĄPIĆ CEWNIKI DIALIZACYJNE

Wojciech Witkiewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Norbert Zapotoczny (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Anna Łoś (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Jakub Turek (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

W Europie ponad 70% pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek rozpoczyna dializoterapię na cewnikach dializacyjnych. Są one również często wszczepiane w przypadkach nagłej utraty funkcji przetoki wytworzonej z naczyń własnych lub z protezy naczyniowej. Ich szerokie zastosowanie wiąże się z występowaniem poważnych powikłań infekcyjnych i niedrożności żył centralnych, co wpływa na pogorszenie jakości dializy, utratę możliwości wytworzenia kolejnych przetok i znaczny wzrost śmiertelności w tej grupie pacjentów.

Cel pracy

Cewniki dializacyjne w większości przypadków mogą być z powodzeniem zastąpione protezami dializacyjnymi przeznaczonymi do wczesnej kaniulacji. Ich trójwarstwowa budowa umożliwia wykonanie hemodializy po upływie doby od implantacji.

Metodyka

Od kwietnia 2014 r. do marca 2017 r. u 47 pacjentów wymagających pilnej hemodializy wszczepiono protezy do wczesnej kaniulacji zamiast cewników dializacyjnych. Wskazaniem do operacji była najczęściej nagła utrata dostępu naczyniowego oraz brak możliwości jego udrożnienia lub rekonstrukcji.

Wyniki

Protezy do wczesnej kaniulacji wszczepiono u 23 mężczyzn i 24 kobiet. Średnia wieku pacjentów wynosiła 66 lat. Operacje przeprowadzono w znieczuleniu przewodowym splotów nerwowych. U 46 pacjentów protezę wszczepiono

na ramieniu, u 1 osoby – na przedramieniu. Protezę przeprowadzano w tkance podskórnej przy użyciu tunelizatora. Zespożenia wykonano z użyciem szwów PTFE 6-0. Średni czas operacji wynosił 113 minut, a średni czas pobytu w szpitalu – 4 dni. Po upływie 24 godzin od operacji wszystkie protezy były drożne i mogły być nakłute podczas hemodializy. Okres obserwacji wyniósł od 0 do 35 miesięcy (średnio 17 miesięcy). W tym okresie wykonano 40 operacji naprawczych u 19 pacjentów. Współczynnik interwencji wyniósł 0,6/pacjenta/rok. W okresie obserwacji wystąpiły 3 powikłania infekcyjne oraz 2 zgony z innych przyczyn. Nie odnotowano istotnych powikłań związanych ze wczesną kaniulacją protez.

Wnioski

- 1) Protezy do wczesnej kaniulacji są bezpiecznym i trwałym rozwiązaniem dla pacjentów wymagających pilnej dializy.
- 2) Współczynnik drożności pierwotnej i wtórnej oraz ryzyko infekcji nie odbiega od tradycyjnych protez dializacyjnych.
- 3) Wszczepienie protezy do wczesnej kaniulacji u większości pacjentów pozwala na uniknięcie powikłań związanych z implantacją cewnika dializacyjnego.

PROTEZA HERO JAKO DOSTĘP DIALIZACYJNY U PACJENTÓW Z NIEDROŻNOŚCIĄ ŻYŁ CENTRALNYCH

Wojciech Witkiewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Krzysztof Dyś (Zakład Radiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Norbert Zapotoczny (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Anna Łoś (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Jakub Turek (Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

Jednym z najpoważniejszych problemów u dializowanych pacjentów jest niedrożność żył centralnych, która może być przyczyną dysfunkcji dostępu naczyniowego. Udrażnianie żył centralnych wymaga dużych umiejętności oraz sporego doświadczenia chirurga w operacjach wewnątrznaczyniowych. Zabiegi angioplastyki balonowej, wszczepiania stentów lub stentgraftów obarczone są wysokim współczynnikiem restenoz, co wpływa na drożność dostępu naczyniowych i efektywność dializy.

Cel pracy

Proteza HeRO (Hemodialysis Reliable Outflow) została zaprojektowana jako dostęp naczyniowy dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek z patologią żył centralnych, która uniemożliwia utrzymanie drożności przetok dializacyjnych.

Metodyka

W naszym ośrodku między kwietniem 2015 r. a październikiem 2016 r. do wszczepienia protezy HeRO zakwalifikowano 10 pacjentów z niedrożnością żył centralnych: 8 mężczyzn i 2 kobiety. U wszystkich chorych wielokrotnie wytwarzano przetoki z naczyń własnych. 6 z nich było dializowanych przez cewniki dializacyjne: 2 w żyłach szyjnych i 4 w udowych. Po-

zostali pacjenci dializowani byli na przetokach tętniczo-żylnych, z których odpływ odbywał się przez krążenie oboczne poszerzonych żył barku i klatki piersiowej, z wysokim oporem i objawami recyrkulacji podczas dializy.

Wyniki

Nie stwierdzono istotnych powikłań w okresie okołoperacyjnym. U 4 pacjentów protezę HeRO zespolono z istniejącą przetoką, co pozwoliło na dializowanie w ciągu 24 godzin. W trakcie 9-miesięcznej obserwacji wykonano 9 trombektomii u 3 pacjentów – w 2 przypadkach stwierdzono zaburzenia krzepnięcia, a u 1 stwierdzono zwężenie w zespoleniu tętniczym. W okresie obserwacji odnotowano 1 infekcję segmentu PTFE protezy HeRO, wymagającą jego wymiany, oraz 2 zgony niezwiązane bezpośrednio z wszczepieniem protezy.

Wnioski

Proteza HeRO jest najlepszym długotrwałym dostępem do dializ u pacjentów z niedrożnością żył centralnych, wymagających leczenia nerkozastępczego.

TROMBEKTOMIA MECHANICZNA – SKUTECZNA ORAZ MAŁOINWAZYJNA ALTERNATYWA W LECZENIU WTÓRNYCH NIEDROŻNOŚCI NACZYŃ

Krzysztof Dyś (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Iwanowski (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Stanisław Drelichowski (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Paweł Socha (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Magdalena Piszczalowska-Głód (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Ryszard Grendziak (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

W ostatnich latach coraz częściej rozpoznaje się niedokrwienie kończyn dolnych (PAD – Peripheral arterial disease), które, będąc konsekwencją rozwoju miażdżycy, coraz powszechniej zalicza się do chorób cywilizacyjnych. PAD wiąże się ze znacznym obniżeniem komfortu życia pacjentów oraz prowadzi do wielu niebezpiecznych powikłań, takich jak utrata kończyny.

Cel pracy

W leczeniu chorób naczyń obwodowych można wyróżnić metody zachowawcze oraz zabiegowe, wśród których wyodrębnia się metody chirurgiczne i wewnątrznaczyniowe. Leczenie PAD metodami chirurgicznymi oraz wewnątrznaczyniowymi obciążone jest ryzykiem pojawienia się wczesnych lub późnych powikłań pod postacią wtórnych zwężeń lub niedrożności naczyń. Celem pracy jest wskazanie, że skutecznym i efektywnym sposobem wewnątrznaczyniowego udrażniania tętnic jest przezskórna mechaniczna trombektomia cewnikami.

Metodyka

Wykonano 59 operacji, w tym 22 wtórne niedrożności, co stanowiło 38% (4 pacjentów – EVAR, 8 – bypass udowo-podkolanowy, 10 – niedrożność stentów).

Wyniki

System do przezskórnej mechanicznej trombektomii przy pomocy cewnika Rotarex jest wyposażony w funkcję aspiracji, dzięki czemu umożliwia usunięcie materiału zakrzepowego

z niedrożnego naczynia i zmniejsza ryzyko zatorowości obwodowej. Średni czas pracy systemu jest znacznie krótszy niż operacja metodą klasyczną czy tromboliza, wykazuje więc znaczną przewagę nad tymi technikami.

Wnioski

Krótki czas operacji, a także jego wysoka skuteczność stawiają go wysoko wśród różnych metod udrożnień.

OCENA WYNIKÓW LECZENIA OPERACJI ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH PRZY UŻYCIU SYSTEMU FLEBOGRIF W 6 MIESIĘCZNEJ OBSERWACJI

Willy Hauzer (I Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław; II Prywatna Praktyka Lekarska Willy Hauzer – Wrocław)

Jan Gnus (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, I Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław; II Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Aneta Hauzer (II Prywatna Praktyka Lekarska Willy Hauzer – Żerniki Wrocławskie; Śląska Wyższa Szkoła Medyczna – Katowice)

Stanisław Ferenc (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

Od grudnia 2016 r. do maja 2017 r. wykonano 20 operacji żyłaków przy użyciu FLEBOGRIF.

Cel pracy

Ocena wyników leczenia operacji żyłaków kończyn dolnych przy użyciu systemu Flebogrif w 6-miesięcznej obserwacji.

Metodyka

Operacje wykonano u 16 kobiet i 4 mężczyzn, 5 pacjentom wykonano operację jednoczasową na obu kończynach. W znieczuleniu miejscowym 1% ksylokainą ostryknięto miejsce wykonania wenopunkcji na wysokości stawu kolanowego. Wykonano 23 wenopunkcje, 2 wenesekcje – z powodu małej średnicy żyły odpiszczelowej (2–3 mm). Pod kontrolą USG wprowadzano prowadnik w żyłę odpiszczelową wielką do ujścia żyły udowej. Następnie po usunięciu igły wprowadzano koszulkę oraz zestaw Flebogrif pod kontrolą USG. 2–3 cm od ujścia żyły odpiszczelowej do żyły udowej. Rozkładano koronę systemu 3–5 cm od ujścia,

a następnie wycofywano Flebogrif podawano 1 amp. 2% piany Aethoxysclerolu. Do operacji kwalifikowano pacjentów z powierzchniowym przebiegiem żyły odpiszczelowej lub krętym przebiegiem żyły odpiszczelowej, u których wykonanie operacji EVLT mogło być utrudnione. Czas trwania operacji od momentu ułożenia pacjentki na stole do jej zakończenia zabiegu, tj. założenia pończochy uciskowej, wynosił 15–40 minut. Kontrolę wykonywano po 1. tygodniu, 1. miesiącu i po 3 miesiącach.

Wyniki

W kontrolnym badaniu USGUSG u wszystkich pacjentów stwierdzono wykrzepioną, poszerzoną żyłę odpiszczelową bez widocznego przepływu od połowy podudzia do ujścia żyły udowej, bez cech rekanalizacji. W przypadku 15 niewydolnych żył odpiszczelowych po operacji stwierdzono odcinek obwodowy – dystalny żyły odpiszczelowej z refleksem zasilanym przez niewydolne perforatory Cocketta. U tych chorych wykonano uzupełniającą skleroterapię pod kontrolą USG. Niewielkie przebarwienie w miejscu przebiegu żyły odpiszczelowej stwierdzono u 4 pacjentów.

Wnioski

- 1) W półrocznych obserwacjach metoda Flebogrif wydaje się skuteczną, najmniej inwazyjną metodą usunięcia żyłaków kończyn dolnych (lokalna anestezja tylko w miejscu wenopunkcji, mniejszy uraz okolicznych tkanek).
- 2) Metoda Flebogrif ma zastosowanie również w przypadkach nieanatomicznego (podskórnego, krętego) przebiegu żyły odpiszczelowej.
- 3) W okresie obserwacji nie stwierdzono rekanalizacji żyły odpiszczelowej.

ANALIZA PORÓWNAWCZA POWIKŁAŃ NEUROLOGICZNYCH ENDARTEREKTOMII I STENTOWANIA TĘTNIC SZYJNYCH

Wojciech Iwanowski (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Katarzyna Koncewicz (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Piotr Krefft (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Krzysztof Szecówka (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Bartosz Dołęga-Kozierowski (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Krzysztof Dyś (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej, Onkologicznej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

Chirurgiczna profilaktyka udaru mózgu (CEA) pozostaje metodą leczenia z wyboru u chorych ze stenozą tętnicy szyjnej wewnętrznej. Od lat prowadzona jest jednak debata nad skutecznością i rolą wciąż udoskonalanych metod wewnątrznacyniowych (CAS). Wskazania do ich zastosowania zostały ściśle określone. Trzeba pamiętać, że metody te, coraz chętniej stosowane, poza czynnikiem ekonomicznym wiążą się także z innymi ograniczeniami.

Cel pracy

Porównano 30-dniowe wyniki leczenia chorych z hemodynamicznie istotnym, objawowym i bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej, operowanych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Zakładzie Radiologii Zabiegowej w latach 2011–2016. Kwalifikacja do CAS opierała się o uprzednie wykonanie angio CT lub angio MR. 72 chorych miało wykonane śródoperacyjnie badanie IVUS. Mężczyźni stanowili 64%, a chorzy objawowi (TIA, udar przebyty lub postępujący) – 52%.

Metodyka

Analizie poddano wczesne wyniki leczenia chirurgicznego i endowaskularnego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej, w odcinku przedczaszkowym, w grupie 1275 pacjentów.

Wyniki

W grupie chorych operowanych (1119) udar stwierdzono u 29 pacjentów, w grupie poddanych stentowaniu (156) – u 3. TIA w okresie okołoperacyjnym stwierdzono odpowiednio u 14 i 7 chorych w obu grupach.

Wnioski

W przypadku 10 chorych, w trakcie zabiegu wewnątrznacyniowego, z przyczyn anatomicznych i morfologicznych, odstąpiono od stentowania. Chorych tych operowano.

DOSTĘP ODTĘTNICZY W LAPAROSKOPOWEJ PANKREATODUODENEKTOMII – WYNIKI WSTĘPNE. SŁOWA KLUCZOWE: RAK TRZUSTKI, PANKREATODUODENEKTOMIA, DOSTĘP ODTĘTNICZY

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Col Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Mateusz Wierdak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Dorota Radkowiak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Kulawik (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marcin Dembiński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Wstęp

Dostęp odtętniczy podczas pankreatoduodenektomii polega na wypreparowaniu tętnicy kręzkowej górnej we wczesnej fazie resekcji przed wykonaniem nieodwracalnych etapów zabiegu operacyjnego. Uważa się, że technika ta pozwala na wczesne określenie resekcyjności guza, obniżenie odsetka resekcji R1 oraz poprawę jakości preparatu operacyjnego.

Cel pracy

Określenie możliwości użycia dostępu odtętniczego w laparoskopowej chirurgii raka głowy trzustki.

Metodyka

Prospektywną analizą objęto 12 pacjentów z rakiem głowy trzustki, u których wykonano laparoskopową pankreatoduodenektomię z dostępu odtętniczego (grupa 1). Grupa ta została porównana z historyczną grupą chorych, którzy zostali poddani laparoskopowej pankreatoduodenektomii z dostępu klasycznego (grupa 2). Głównymi punktami końcowymi były: jakość onkologiczna preparatu (liczba pobranych węzłów chłonnych, odsetek resekcji R0). Drugorzędowe punkty końcowe obejmowały parametry okołooperacyjne (powikłania, czas hospitalizacji).

Wyniki

Całkowity czas operacji (467 vs 425 minut, $p = 0,13$) oraz czas resekcji (221 vs 232 minuty, $p = 0,34$) nie różniły się pomiędzy badanymi grupami. Średnia utrata krwi w grupie 1 wyniosła 408 ml, podczas gdy w grupie 2 – 392 ml ($p = 0,33$). Średnia liczba pobranych węzłów chłonnych w grupie 1 wyniosła 19,3, a w grupie 2 – 13,9 ($p = 0,03$). Nie wykazano istotnych różnic w odsetku resekcji R0 (66,7% vs 63,2%, $p = 0,84$). Odsetki powikłań wynosiły 66,7% w grupie 1 oraz 63,2% w grupie 2 ($p = 0,84$). Średni czas hospitalizacji wyniósł 9 dni w obu analizowanych grupach ($p = 0,36$).

Wnioski

Laparoskopowy dostęp odtętniczy w chirurgii raka głowy trzustki jest możliwy do wykonania i pozwala na uzyskanie porównywalnej jakości preparatu operacyjnego. Dalsze badania na większych grupach są konieczne w celu określenia, czy nowa metoda ma przewagę nad klasycznym dostępem laparoskopowym.

ZNIECZULENIE ZEWNĄTRZOPONOWE A RYZYKO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH U CHORYCH PO GASTREKTOMII Z POWODU RAKA ŻOŁĄDKA

Tomasz Olesiński (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Marta Urbańska (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Andrzej Rutkowski (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Marek Szpakowski (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Piotr Saramak (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Paulina Wieszczy (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego – Warszawa)

Maria Zwierko (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Małgorzata Symonides (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Wstęp

Rozległa resekcja narządowa u chorych z rakiem żołądka (RŻ) wiąże się z dużym ryzykiem powikłań pooperacyjnych. Właściwe postępowanie pooperacyjne, w tym regionalna analgezja, może mieć istotny wpływ na ilość i skalę obserwowanych powikłań.

Cel pracy

Ocena wpływu analgezji zewnątrzoponowej (EA) na powikłania pooperacyjne po gastrektomii z powodu raka żołądka.

Metodyka

W latach 2002–2010 w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie wykonano 723 resekcje żołądka z powodu raka. Retrospektywnej analizie poddano 617/723 chorych, w tym 246 (39,8%), u których stosowano EA. W ocenianej grupie było 413 mężczyzn (66,9%) oraz 204 kobiety (33,1%), mediana wieku wynosiła 63 lata (53–71 lat). Dane opisano za pomocą tablic kontyngencji. Do wyboru istotnych zmiennych, zaburzających w modelach wieloczynnikowych, zastosowano regresję krokową w przód, włączając zmienne istotne na poziomie $< 0,1$. Wyniki modeli przedstawiono w postaci ilorazów szans (OR) oraz 95% przedziałów ufności (CI). Za istotne uznano zmienne, dla których $P < 0,05$. Grupy różniły się pod względem lokalizacji guza i zakresu resekcji. Chorzy z EA częściej byli niedożywieni ($BMI < 19$), nie wykazano natomiast istotnej statystycznie różnicy w zakresie czynników demograficznych, obciążeń, czasu trwania oraz regionalnego zasięgu resekcji.

Wyniki

W ocenianej grupie śmiertelność pooperacyjna wyniosła 1% (6 chorych), nie stwierdzono powikłań zakrzepowo-zatorowych i niewydolności oddechowej. W analizie jednoczynnikowej w grupie chorych z EA stwierdzono mniejszą ogólną liczbę powikłań – 38,5% vs 54,2% (OR 0,47; 95% CI: 0,34–0,66; $p < 0,001$), ropni wewnątrzbrzusznych (OR 0,28; 95% CI: 0,14–0,59; $p = 0,001$), zapalenia płuc (OR 0,39; 95% CI: 0,24–0,63; $p < 0,001$), temperatury > 38 (OR 0,53; 95% CI: 0,37–0,74; $p < 0,001$), oraz reoperacji (OR 0,53; 95% CI: 0,28–1,00; $p = 0,049$). Zależności te potwierdzono w analizie wieloczynnikowej dla ogólnej liczby powikłań (OR 0,53; 95% CI: 0,37–0,75; $p < 0,001$), ropnia wewnątrzbrzuszego (OR 0,36; 95% CI: 0,16–0,77; $p = 0,009$) temperatury > 38 (OR 0,56; 95% CI: 0,39–0,82; $p = 0,009$) i zapalenia płuc (OR 0,42; 95% CI: 0,25–0,71; $p = 0,001$).

Wnioski

Analgezja zewnątrzoponowa w prowadzeniu chorych po resekcji żołądka z powodu raka jest postępowaniem bezpiecznym i prowadzi do spadku ogólnej liczby powikłań pooperacyjnych, a w szczególności – powikłań septycznych, zapalenia płuc i odsetka reoperacji.

CZYNNIKI NIEDOSZACOWANIA RAKA PIERSI W PRZYPADKU ADH STWIERDZONEGO W BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ WSPOMAGANEJ PRÓŻNIĄ

Diana Hodorowicz-Zaniewska (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Karolina Brzuszkiewicz (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Joanna Szpor (Katedra Patomorfologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wojciech Kibil (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Antoni Szczepanik (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Katarzyna Dyląg-Trojanowska (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital w Suchej Beskidzkiej – Sucha Beskidzka)

Wstęp

Atypowy rozrost przewodowy (ADH) jest łagodną zmianą rozrostową, która z uwagi na heterogenność i ryzyko współwystępowania z nowotworem złośliwym jest klasyfikowana jako zmiana o niepewnym charakterze biologicznym.

Cel pracy

Zidentyfikowanie klinicznych czynników predykcyjnych niedoszacowania raka piersi u pacjentów z rozpoznanym, w biopsji gruboigłowej wspomaganej próżnią, ADH.

Metodyka

W latach 2001–2016 w I Katedrze Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej wykonano łącznie 3804 biopsje gruboigłowe wspomagane próżnią. Pod kontrolą ultrasonografii przeprowadzono 2907 biopsji, pozostałe 897 – pod kontrolą mammografii cyfrowej. U 76 kobiet rozpoznano ADH. W badaniu uwzględniono 72 z nich, u których kolejno wykonano otwartą biopsję chirurgiczną. W analizie predyktorów niedoszacowania raka piersi wzięto pod uwagę czynniki demograficzne, historię choroby, wywiad rodzinny, objawy kliniczne, charakter i wielkość zmiany w badaniach obrazowych, średnicę igły biopsyjnej oraz obecność współistniejących zmian w materiale histopatologicznym z biopsji.

Wyniki

Niedoszacowanie raka piersi wystąpiło u 21 pacjentek (29,2%). Niezależnymi klinicznymi czynnikami predykcyjnymi wystąpienia nowotworu złośliwego piersi była obecność zmiany zarówno w mammografii, jak i w ultrasonografii piersi oraz stopień 5. w klasyfikacji BIRADS, otrzymany w przynajmniej jednym z badań obrazowych. Nie zidentyfikowano czynników wykluczających niedoszacowanie raka.

Wnioski

Biopsja gruboigłowa wspomagana próżnią jest jedną z minimalnie inwazyjnych technik stosowanych w diagnozowaniu ADH. Jako że ryzyko niedoszacowania nowotworu złośliwego piersi jest stosunkowo wysokie, biopsja chirurgiczna pozostaje zalecaną procedurą, szczególnie u pacjentów ze zmianami widocznymi zarówno w mammografii, jak i w badaniu USG oraz w przypadku zmian sklasyfikowanych jako BIRADS-5 przynajmniej w jednym z badań obrazowych. Ponieważ nie udało się zidentyfikować czynników, które wykluczają ryzyko niedoszacowania raka piersi, wszystkie kobiety z rozpoznaniem ADH powinny być poinformowane o istnieniu takiego ryzyka.

OCENA CZYNNIKÓW PREDYKCYJNYCH ADEKWATNEGO ZAKRESU LIMFADENEKTOMII U CHORYCH PODDAWANYCH PANKREATODUODENEKTOMII Z POWODU NOWOTWORÓW OKOLICY OKOŁOBRODAWKOWEJ

Łukasz Bobrzyński (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marek Sierżęga (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Wiele przypadków resekcji guzów nowotworowych okolicy okołobrodawkowej (rak trzustki, przewodu żółciowego wspólnego, brodawki Vatera) nie spełnia kryterium wycięcia minimum 12 węzłów chłonnych sformułowanych przez AJCC dla właściwego określenia stopnia zaawansowania choroby.

Cel pracy

Analiza czynników mogących wpływać na uzyskanie wymaganej ilości węzłów chłonnych w preparacie operacyjnym podczas zabiegów pankreatoduodenektomii.

Metodyka

Dokonano przeglądu prospektywnie gromadzonej bazy danych, obejmującej chorych na nowotwory okolicy okołobrodawkowej. Zidentyfikowano 774 pacjentów poddanych pankreatoduodenektomii w latach 1990–2015, u których dokumentacja medyczna zawierała wymagany zakres danych. Określono czynniki predykcyjne dla uzyskania minimum 12 węzłów chłonnych za pomocą modelu regresji logistycznej i zweryfikowano liczbę usuniętych węzłów chłonnych jako czynnik prognostyczny w analizie przeżywalności.

Wyniki

Mediana liczby wyciętych węzłów chłonnych wynosiła 17 (rozstęp międzykwartylowy 11–25), a mniej niż 12 węzłów chłonnych w preparacie operacyjnym stwierdzono u 209 pacjentów (27%). Średnica guza > 20 mm (iloraz szans (OR) 2,54, 95% CI: 1,22 do 5,32, $p = 0,013$), przerzuty do węzłów chłonnych (OR 2,64, 95% CI: 1,37 do 5,06, $p = 0,004$), poszerzona limfadenektomia (OR 5,56, 95% CI: 2,041 do 15,14, $p = 0,01$) były znaczącymi czynnikami predykcyjnymi dla uzyskania 12 i więcej węzłów chłonnych. Liczba usuniętych węzłów chłonnych nie wpływała na rokowanie pacjentów ogółem. Jednakże w analizowanej podgrupie pacjentów z rakiem trzustki usunięcie przynajmniej 12 węzłów chłonnych było związane z lepszym rokowaniem.

Wnioski

Kilka zmiennych wpływa na uzyskanie wymaganej ilości 12 węzłów chłonnych w preparacie operacyjnym. Są to: średnica guza, przerzuty do węzłów chłonnych i poszerzona limfadenektomia. Ten ostatni i jedyny czynnik modyfikowalny nie oferuje żadnych korzyści dotyczących przeżycia. Dlatego należy rozważyć odpowiednie szkolenie patologów w ocenie preparatu operacyjnego, a nie bardziej agresywną resekcję układu chłonnego.

PANKREATODUODENEKTOMIA SP. TRAVERSO -LONGMIRE'A U ŚWIADKA JEHOWY – OPIS PRZYPADKU

Bartosz Kaczmarek (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Józef Duber (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Magdalena Żukowska (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Piotr Krajewski (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Rafał Uciński (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Wstęp

Brak możliwości przetaczania preparatów krwipochodnych u świadków Jehowy wymaga większego zaangażowania i dostosowania procesu leczniczego u tych pacjentów oraz modyfikacji zabiegu chirurgicznego.

Opis przypadku

Mężczyzna, 60 lat, u którego w marcu 2015 r. stwierdzono żółtaczkę mechaniczną. W wykonanym EPCW z drenażem dróg żółciowych oraz w tomografii komputerowej stwierdzano nowotwór złośliwy dystalnego odcinka PŻW.

Po konsylium lekarskim i omówieniu z pacjentem zakresu zabiegu i ewentualnych powikłań chory kategorycznie odmówił możliwości leczenia preparatami krwipochodnymi. Przed zabiegiem pacjenta przygotowano do zabiegu preparatami epoetyny alfa (Binocrit 10 000 j.m/ml przez) 450 j.m na 1 kg/1 tydz. przez 4 tygodnie. Przy przyjęciu Hb 14,0 g/dL; Hct 40,2%; RBC 4,82 M/uL.

Wykonano pankreatoduodenektomię sp. Traverso-Longmire'a. Celem ograniczenia krwawienia, po kocheryzacji dwunastnicy, podwiązano obie tętnice trzustkowo-dwunastnicze: górną – razem z żółdkowo-dwunastniczą, a dolną – po uwi-docznieniu jej odejścia od tętnicy krezkowej górnej w śródoperacyjnym badaniu USG.

Po zabiegu pacjent przekazany na OIT. W 2. dobie wystąpiły: hipotonia i niewydolność nerek, wymagające wlewu katecholamin do 5. doby.

Najniższe wskaźniki czerwonych krwinek wystąpiły w 4. dobie po zabiegu: Hb 10,0 g/dL; Hct 28,8%; RBC 3,33 M/uL. W 4. dobie włączono żywienie pozajelitowe. W 8. dobie pacjent w dobrym stanie ogólnym, wydolny krążeniowo i oddechowo został przekazany na Oddział Chirurgii Onkologicznej.

Dalszy przebieg pooperacyjny niepowikłany. W 14. dobie pacjent wypisany do domu.

Wnioski

Leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych trzustki u świadków Jehowy może być bezpiecznie przeprowadzane, ale wymaga modyfikacji zabiegu, szczególnie przez wyłączenie naczyniowe operowanego narządu.

TERAPIA DAA MOŻE PRZYSPIESZAĆ NAWRÓT RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (HCC) U PACJENTÓW W REMISJI UZYSKANEJ LECZENIEM OPERACYJNYM – WSTĘPNE DONIESIENIA

Karola Warzyszyńska (Studenckie Koło Naukowe „Kindley” przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maurycy Jonas (Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Dariusz Wasiak (Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Piotr Małkowski (Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Kosieradzki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

W Polsce odnotowuje się ok. 2000 rocznie nowych przypadków HCC, z czego niemal połowa dotyczy pacjentów z marskością HCV. W ostatnich latach wprowadzono nowe leki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (direct-acting antiviral agents, DAA), które spowodowały ogromny postęp i umożliwiły wyleczenie większości chorych. Pojawiły się jednak doniesienia sugerujące przyspieszenie nawrotu HCC po terapii DAA u pacjentów w remisji uzyskanej leczeniem operacyjnym.

Cel pracy

Ocena wpływu terapii DAA na częstotliwość i szybkość pojawiania się nawrotów HCC po remisji uzyskanej leczeniem operacyjnym.

Metodyka

Oceniono 51 przypadków pacjentów z zaawansowaną marskością o etiologii HCV po operacyjnym leczeniu HCC w klinice, w latach 2012–2016. Dziewiętnastu z nich było leczonych DAA (grupa DAA) po uzyskanej operacyjnie remisji, 32 – nie otrzymało terapii (grupa NDAA). Zastosowane procedury obejmowały nieanatomiczną resekcję wątroby i przezskórną lub otwartą termoablację (RFA) guza. Obserwację prowadzono za pomocą wielofazowej TK lub MRI i poziomu AFP w surowicy badanych w 3-6-miesięcznych odstępach. Wyniki porównywano za pomocą testów Wilcozona i Chi-kwadrat, użyto krzywych przeżycia Kaplana-Meiera.

Wyniki

Nawrót HCC zaobserwowano u 8 (21%) pacjentów z grupy DAA i u 21 (65,5%) pacjentów z grupy NDAA ($p = 0,058$). Wznowa stwierdzana była w odstępie 265 dni od operacji w grupie DAA vs 532 dni w grupie NDAA ($p = 0,033$). Roczny RFS (recurrence-free survival) wynosił odpowiednio 47,3% vs 75% ($p = 0,045$). Eradykację HCV uzyskano u 18 (95%) pacjentów leczonych DAA.

Wnioski

Mimo wysokiej efektywności, użycie terapii DAA po operacyjnym leczeniu HCC może powodować istotne przyspieszenie wznowy guza. Konieczna jest obserwacja większej grupy pacjentów.

RYZIKO ZŁOŚLIWOŚCI W TORBIELOWATYCH GUZACH TRZUSTKI / CHARAKTERYSTYKA TORBIELOWATYCH GUZÓW TRZUSTKI W MATERIALE WŁASNYM

Tomasz Ostrowski (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Andrzej Cichocki (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Radosław Samsel (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Katarzyna Roszkowska-Purska (Pracownia Patologii Narządowej Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Eryk Chrapowicki (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Grzegorz Nawrocki (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Mariusz Józwiak (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Michał Tenderenda (Oddział Chirurgii Kliniki Onkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Wstęp

Wraz ze zwiększoną liczbą wykonywanych coraz dokładniejszych badań obrazowych rośnie wykrywalność torbielowatych guzów trzustki. Według różnych autorów torbielowate zmiany w trzustce odnajdowane są między 1,2 a 10% wykonywanych tomografii komputerowych i badań rezonansu magnetycznego. Torbielowate guzy trzustki są heterogenną grupą nowotworów o różnym potencjale złośliwości. Do tej grupy nowotworów zaliczamy: śluzowy nowotwór torbielowaty (mucinous cystic neoplasm, MCN), lity nowotwór rzekomobrodawkowaty (solid cystic pseudopapillary neoplasm, SPN), śródprzewodowy brodawkowaty nowotwór śluzowy (intraductal papillary mucinous neoplasm, IPMN), surowiczy nowotwór torbielowaty (serous cystic neoplasm, SCN), torbielowaty nowotwór neuroendokryny (neuroendocrine neoplasm, NEN).

Cel pracy

Analiza ryzyka złośliwości torbielowatych guzów trzustki w materiale własnym.

Metodyka

W latach 2007–2015 zoperowano 520 pacjentów z nowotworami trzustki i pola trzustkowo-dwunastniczego. Spośród tych pacjentów 90 (17,30 %) stanowili pacjenci z nowotworami torbielowatymi.

W tej grupie było 71 kobiet i 19 mężczyzn, średnia wieku 55 lat (SD 12,21),

Wyniki

Wykonano 29 pankreatoduodenektomii, 51 obwodowych resekcji trzustki, 6 operacji miejscowego wycięcia guza, u 4 pacjentów zmiany uznano za nieresekcyjne.

Wśród rozpoznań dominowało MCN – 25 (27,77%) chorych, SPN – 21 (23,33%) pacjentów, w dalszej kolejności IPMN – 18 (20,0%) chorych, SCN – 18 (20,0%) pacjentów, torbielowate NEN – 8 (8,88 %) chorych. Zmiany złośliwe rozpoznano u 17 pacjentów (18,88%).

Wnioski

Torbielowate guzy trzustki są coraz częściej rozpoznawaną grupą nowotworów. Wymagają szczegółowej diagnostyki i zindywidualizowanego podejścia ze względu na ryzyko złośliwości u znacznego odsetka pacjentów.

OPERACJE LAPAROSKOPOWE RAKA ODBYTNICY NIE WIĄŻĄ SIĘ Z GORSZYMI WYNIKAMI ONKOLOGICZNYMI – PRZEGLĄD SYSTEMATYCZNY PIŚMIENICTWA I META-ANALIZA

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Magdalena Mizera (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Witowski (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Grzegorz Torbicz (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Wstęp

Operacje z dostępu laparoskopowego zyskują coraz większą popularność w chirurgii ogólnej, w niektórych zabiegach będąc złotym standardem. Bezpieczeństwo onkologiczne laparoskopii w resekcjach nowotworów odbytnicy jest wciąż przedmiotem debaty. Ilość publikacji na temat wpływu techniki laparoskopowej na wyniki odległe leczenia raka odbytnicy jest ograniczona. Jednak w ostatnim czasie ukazały się wyniki długo oczekiwanych badań na ten temat.

Cel pracy

Porównanie onkologicznych wyników leczenia raka odbytnicy z dostępu laparoskopowego oraz klasycznego.

Metodyka

Zgodnie z wytycznymi PRISMA dokonano przeglądu systematycznego baz Medline, Embase oraz biblioteki Cochrane do listopada 2016 r. włączenie. Kryteriami włączenia były: badanie z randomizacją oraz raportowanie danych dotyczących odsetka dodatnich marginesów radialnych (główny punkt końcowy). Pozostałymi analizowanymi zmiennymi były: doszczętność usunięcia mezorektum, całkowita liczba usuniętych węzłów chłonnych, dystalny margines resekcji, całkowite oraz wolne od choroby przeżycia 3- i 5-letnie, a także odsetek wznów miejscowych. Wszystkie analizy zostały wykonane w programie RevMan 5.3.

Wyniki

Spośród 3446 artykułów wybranych do analizy ostatecznie 11 badań spełniało kryteria włączenia. Do analiz włączono 3295 pacjentów (dostęp laparoskopowy: 1847 pacjentów, dostęp otwarty: 1448 pacjentów). Nie wykazano różnic w mierzonych punktach końcowych, takich jak: odsetek dodatnich marginesów radialnych (RR = 1,16, 95% CI: 0,89 — 1,50), odsetek dodatnich marginesów dystalnych (RR = 1,13 95% CI: 0,35–3,66), doszczętność usunięcia mezorektum (RR = 1,22, 95% CI: 0,82–1,82) oraz liczba usuniętych węzłów chłonnych (MD = –0,01, 95% CI: –0,89 — 0,87). Przeżycia 3- i 5-letnie oraz odsetek wznów miejscowych nie różnił się w zależności od zastosowanego dostępu operacyjnego.

Wnioski

Dostęp laparoskopowy w chirurgii raka odbytnicy nie wiąże się z gorszymi wynikami leczenia onkologicznego tego raka. Technika minimalnie inwazyjna pozwala na osiągnięcie podobnej jakości usuniętego materiału operacyjnego i przekłada się na podobne wyniki odległe.

CZY WARTOŚĆ WSPÓŁCZYNNIKÓW: C-REAKTYWNEGO BIAŁKA, ALBUMIN, UTRATY MASY CIAŁA ORAZ WIEKU CHOREGO SĄ CZYNNIKAMI PROGNOSTYCZNYMI PRZEWIDUJĄCYMI DŁUGOTRWAŁE WYNIKI LECZENIA CHORYCH PO OPERACJI RAKA GŁOWY TRZUSTKI?

Tomasz Miłek (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Marcin Kowalski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Karol Forysiński (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Piotr Ciostek (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Skala TNM (tumor-node-metastases) jest obecnie najpowszechniejszą skalą prognostyczną, przewidującą wyniki leczenia raka trzustki. Nie ustalono wartości prognostycznej innych czynników, takich jak wskaźnik CRP (białka C-reaktywnego), albumin (Alb), spadek masy ciała oraz wiek chorego, na wyniki leczenia po pankreatoduodenektomii z powodu raka głowy trzustki.

Cel pracy

Określenie, czy współczynniki, takie jak C-reaktywne białko, albuminy, procent utraty masy ciała oraz wiek chorego, mają znaczenie w przewidywaniu wyników leczenia raka głowy trzustki.

Metodyka

Do oceny włączono 268 chorych z rakiem głowy trzustki, u których wykonano pankreatoduodenektomię sposobem Clagetta w latach 2005–2015. Następnie poddano analizie statystycznej poziom albuminy w surowicy krwi (Alb) i białka C-reaktywnego (CRP), stopień utraty masy ciała w ostatnich 3 miesiącach przed operacją, wyrażony w procentach, oraz wiek chorego w stosunku do czasu przeżycia po zastosowaniu leczenia operacyjnego i uzupełniającej chemioterapii.

Wyniki

Analiza współczynników regresji wskazuje, że istotnymi predyktorami okresu przeżycia jest:

– poziom albumin ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$): im wyższy poziom albumin obserwujemy, tym dłuższego okresu przeżycia możemy oczekiwać;

– poziom CRP ($\beta = -0,29$; $p < 0,001$): im niższy poziom CRP obserwujemy, tym dłuższego okresu przeżycia możemy oczekiwać;

– utrata masy ciała ($\beta = 0,24$; $p < 0,001$): dłuższego czasu przeżycia możemy oczekiwać w przypadku osób, u których utrata masy ciała była mniejsza niż 10%.

Wnioski

- 1) Poziom białka C-reaktywnego, albumin oraz procent utraty masy ciała przed operacją są niezależnymi czynnikami rokowań u chorych leczonych z powodu raka głowy trzustki.
- 2) Nie zaobserwowano istotnego związku wieku pacjenta z okresem przeżycia.

OUTCOME FOLLOWING SURGERY FOR COLORECTAL CANCER IN PATIENTS ABOVE 80 YEARS OLD - A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

Sebastian Smolarek (Derriford Hospital, Plymouth Hospital NHS Trust – Plymouth)

Ben Rossi (Derriford Hospital, Plymouth Hospital NHS Trust – Plymouth)

Peter Labib (Derriford Hospital, Plymouth Hospital NHS Trust – Plymouth)

Elizabeth Ewers (Derriford Hospital, Plymouth Hospital NHS Trust – Plymouth)

Cara Mason (Derriford Hospital, Plymouth Hospital NHS Trust – Plymouth)

Charles Horn (Derriford Hospital, Plymouth Hospital NHS Trust – Plymouth)

Introduction

Colorectal cancer (CRC) is the second most common type of cancer in the world. CRC primarily affects the elderly, who usually have several comorbidities. The relative survival rates of elderly patients with CRC are generally worse than that of younger patients due to a more advanced stage at presentation and often due to receiving suboptimal management.

Aim

The aim of this study was to investigate the short- and long-term outcomes after surgery for colorectal cancer in the population of elderly patients over 80 years old.

Methods

A retrospective study of all patients over 80 who underwent curative resection between 2007 and 2016 was conducted. The data was provided from prospectively collected cancer database and cross-checked with operating theatre records and hospital patient management systems.

Results

387 patients (190 men and 197 women) with a median age of 84 years (range 80–100) were included into the study. Male patients had worse overall survival outcomes compared to female patients ($p = 0.037$). 294 patients had colon cancer and 93 had rectal cancer. 71.4% of the colon cancers were located in the right colon. Neither tumor location ($p = 0.44$) nor the type of the procedure ($p = 0.87$) had influence on sur-

vival rates. 31.6% of the patients were operated laparoscopically and they had significantly better survival comparing to those that underwent open procedures ($p < 0.0001$). 4.4% of the patients had T1 cancer, 11.9% – T2, 58.4% – T3, and 24.6% – T4. There was a statistically significant difference in overall survival rates in relation to T status ($p < 0.0001$), lymph nodes involvement ($p < 0.0001$) and presence of lymphovascular invasions (EMVI) ($p = 0.003$). 11.9% of the patients had microscopically involved resection margins and they had significantly shorter survival times ($p < 0.001$). The 30-day and 90-day postoperative mortality were 5.5% and 23.5%, respectively. The overall survival was 26 months. The 3-year and 5-year survival rates were 62.2% and 45.7%, respectively. 146 patients required perioperative blood transfusion and they had shorter overall survival rates ($p < 0.0001$).

Conclusions

Surgery for patients in their 80s entails higher 30- and 90-day mortality rates. Long-term survival depends on the stage of malignancy, presence of lymphovascular invasion and clear resection margins. Other risk factors that negatively influence the survival are male sex, perioperative blood transfusion and open colorectal resection.

“SMALL” MEDULLARY THYROID CANCER AND ITS RELAPSE

Oleh Duda (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 1st Surgery Department – Lviv)

Nina Boyko (Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 1st Surgery Department – Lviv)

Introduction

The number of patients with medullary thyroid carcinoma (MTC) is constantly growing and comprises 4.6% of thyroid carcinoma cases. MTC often entails metastasis to regional lymph nodes and requires surgical treatment.

Aim

The aim of the study was to present late outcome results in the patients with micro-MTC.

Methods

A retrospective analysis of surgical treatment of 85 patients with MTC (20 men and 65 women) at the age of 15–80 was conducted. 13 patients (15.3%) were diagnosed with microcarcinoma up to 1 cm in size. In 2 patients, immunohistochemical analysis showed calcitonin in tumor tissue, which allowed to differentiate between atypical adenoma and microcarcinoma of MTC. According to ultrasound results, 3 patients had unclear nodes with imprecise capsule and any specifics of vascularization. 10 patients did not show any signs of thyroid carcinoma. 2 patients had multifocal nodes of 5–7mm, and 11 patients had solitary nodes. In 4 patients, endocrine pathology of multinodular goiter and autoimmune thyroiditis caused simultaneous growth of microcarcinoma.

Results

The average serum calcitonin level in patients with medullary microcarcinoma before operation was 62.2 ± 12.1 pg/ml. 5 patients had slightly elevated levels of serum calcitonin of 32.4 ± 11.5 pg/ml that, along with the following hemithyroidectomy and express cytology examination of nodes during the surgery, confirmed the diagnosis of micro-MTC in 4 cases. Therefore, a complete thyroidectomy and central lymph node dissection was performed on those patients. Within 5 years, 3 patients had a relapse in the form of metastasis to the lymph nodes of the neck. In those cases, a radical lymph node dissection was performed. The frequency of false negative results during FNA and frozen sections was 23.1%, due to the fact that the tumors were very similar to follicular adenoma. The 5-year survival rate was 92.3%.

Conclusions

The patients with elevated serum calcitonin levels and small thyroid nodes require detailed investigation before and during the operation, including express cytology. After surgery, serum calcitonin level must constantly be monitored. Early diagnosis of micro-MTC significantly reduces the recurrence rate and improves survival of patients.

WIELOETAPOWA RESEKCJA WIELONARZĄDOWA U PACJENTA Z PRZERZUTAMI RAKA NERKOWOKOMÓRKOWEGO DO WĄTROBY I TRZUSTKI - OPIS PRZYPADKU

Bartosz Kaczmarek (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Piotr Krajewski (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Józef Duber (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Magdalena Żukowska (Wojewódzki Szpital Zespolony – Szczecin)

Rafał Uciński (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Wstęp

Rola chirurgii zmian wtórnych w przypadku raka jasnokomórkowego nerki jest nieusystematyzowana. Aktualne doniesienia pozwalają sądzić, że w określonych przypadkach powinno się rozważyć leczenie chirurgiczne jako jedną z opcji terapeutycznych.

Opis przypadku

Mężczyzna, lat 57, w 2007 r. został poddany radykalnej lewostronnej nefrektomii z powodu raka jasnokomórkowego nerki (T2 N1 M0).

W październiku 2015 r. w kontrolnym USG i TK jamy brzusznej stwierdzono 3 zmiany o charakterze przerzutowym w segmentach 7 oraz 7/8 wątroby. Dodatkowo w miększu trzustki wykryto zmiany ogniskowe o charakterze przerzutowym (trzon i ogon trzustki) oraz zmianę torbielowatą w głowie trzustki.

W lutym 2016 r. na konsylium onkologicznym zakwalifikowano pacjenta do wieloetapowej resekcji zmian wtórnych.

W marcu 2016 r. przeprowadzono resekcję trzonu i ogona trzustki wraz ze splenektomią.

W wykonanym kontrolnym TK stwierdzono stabilny obraz zmian w wątrobie oraz dodatkową zmianę w wyrostku haczykowatym trzustki (zmiana o niecharakterystycznym obrazie w poprzednim badaniu) – wykonano (w czerwcu 2016 r.) uzupełniającą pankreatektomię sp. Transverso-Longmire'a. Z powodu nacieku zapalnego powodującego podniedrożność przewodu pokarmowego resekowano zagięcie śledzionowe poprzecznicę i wykonano ileostomią protekcyjną, którą zamknięto we wrześniu 2016 r.

W kontrolnym TK jamy brzusznej (wrzesień 2016 r.) stwierdzono powiększenie zmiany w VII segmencie wątroby z naciekiem na prawą żyłę wątrobową oraz stabilizację pozostałych zmian. Nowych zmian nie wykryto. W listopadzie 2016 r. wykonano hemihepatektomię prawostronną.

W wykonanym w kwietniu 2017 r. badaniu TK jamy brzusznej nie stwierdzono zmian podejrzanych o tło nowotworowe.

Wnioski

Zaprezentowany opis przypadku wskazuje, że w określonych przypadkach radykalne wielonarządowe leczenie chirurgiczne raka jasnokomórkowego nerki powinno zostać rozważone jako opcja terapeutyczna. Wydaje się, że najistotniejszym czynnikiem kwalifikującym powinien być długi okres wolny od choroby oraz możliwość radykalnych resekcji poszczególnych narządów.

BO NIE KAŻDY NOWOTWÓR JEST ZŁOŚLIWY

Ewelina Frejlich (Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Przemysław Dzierżek (Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wojciech Hap (Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Julia Rudno-Rudzińska (Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wojciech Kielan (Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wstęp

W Klinice Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wykonuje się ok. 1250 zabiegów operacyjnych rocznie. Często trafiają do nas pacjenci z przypadkami trudnych, skomplikowanych bądź zaawansowanych chorób chirurgicznych. W takiej sytuacji wydaje się, że już nic nie powinno zaskoczyć doświadczanego zespołu kliniki, a jednak tak się stało.

Opis przypadku

43-letnia kobieta, bez chorób współistniejących i poważniejszych zachorowań w przeszłości, zgłosiła się do kliniki z powodu obserwowanych od kilku miesięcy niepokojących objawów – narastającego obwodu brzucha i utraty tkanki tłuszczowej przy niezmiennym wadze ciała. Od 3 miesięcy odczuwała ponadto uczucie pełności po posiłkach, brak apetytu oraz postępujące osłabienie. Ze względu na niejasny obraz kliniczny wykonano USG, które wykazało zmianę w jamie brzusznej, jednak nie pozwalało na ustalenie punktu wyjścia, jak i charakteru zmiany. Diagnostykę poszerzono o tomografię jamy brzusznej. W badaniu stwierdzono olbrzymi guz, zajmujący niemal całą jamę brzuszną, uciskającą na jelito cienkie, jelito grube, moczowody, narządy rodne, podejrzewano również objęcia naciekiem prawego jajnika. Nie stwierdzono natomiast zmian odległych i powiększonych węzłów chłonnych. Guz nie miał jednorodnego charakteru, zawierał liczne przegrody i obszary płynowe. Ze względu na

narastające objawy subniedrożności przewodu pokarmowego pacjentkę zakwalifikowano do laparotomii zwiadowczej. Śródoperacyjnie stwierdzono olbrzymi guz jamy brzusznej, którego najbardziej prawdopodobnym punktem wyjścia były nie narządy jamy brzusznej, ale przestrzeń zaotrzewnowa. Guz nie naciekał także istotnych struktur anatomicznych i został w całości, wraz z otaczającą go torebką, usunięty. Usunięto ponadto zmieniony guzowato lewy jajnik. Guz miał wielkość ok. 25 × 30 × 40 cm i został przekazany do badania histopatologicznego.

Badanie wykonane w Zakładzie Patomorfologii i Cytologii Onkologicznej wykazało, że guz był olbrzymim mięśniakiem gładkokomórkowym z rozległymi zmianami wstecznymi w postaci zwyrodnienia śluzowatego, degeneracji torbielowej oraz włóknienia. Usunięty jajnik zawierał dojrzalego potwornika.

Obecnie, 3 miesiące po operacji, pacjentka czuje się dobrze, nie zgłasza żadnych dolegliwości i powróciła do normalnej aktywności zawodowej sprzed okresu choroby. Przypadek ten pokazuje, że chirurgia zawsze może być zaskakująca, a każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie i leczony z najwyższą starannością.

PASH (PSEUDO-ANGIOMATOUS STROMAL HYPERPLASIA) OF BREAST - A CASE REPORT

Abdalla Saad Abdalla (Basildon and Thurrock University Hospital – Basildon)

Philip Idaewor (Basildon and Thurrock University Hospital – Basildon)

Marina Barron (Basildon and Thurrock University Hospital – Basildon)

Beata Adamczyk (Oncology Centre of Wielkopolska Province – Poznan)

Introduction

PASH is usually diagnosed in premenopausal and perimenopausal women after a biopsy or lump excision. A proper diagnosis of PASH of breast has crucial management implications for patients.

Aim

The aim of the study was to present a case of PASH of unusually large size.

Methods

A 43-year-old woman, admitted to the breast clinic with a rapid growing lump of the right breast, with a significant degree of breast asymmetry, was examined using triple assessment test. Mammogram and breast ultrasound showed a large well-defined lesion of indeterminate nature. The result has been assessed using the Breast Imaging-Reporting and Data System (BIRADS) as M3 and U2/3. Fine Needle Aspiration Cytology showed benign cells only. Due to the indeterminate features of the lump in imaging, it was surgically removed.

The lump had a very strong capsule. Histology revealed a benign fibroepithelial breast lesion of unusually extensive, mass-forming pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH). Intervening ducts showed no significant epithelial proliferation. There were no lobules. The patient currently has joined annual follow-up program for 3 years.

Results

Surgical excision resulted in positive impact on patient psychological status, as well corrected the breast asymmetry.

Conclusions

A giant tumor presentation of PASH is unusual. There are no specific radiological features for PASH. The radiological findings are indistinguishable from those of the fibroadenoma, and they are categorized as BIRADS type 3 lesions. On histological findings, PASH can be mistaken for a low-grade angiosarcoma and phyllodes tumor. It is very crucial to differentiate between PASH and the low-grade angiosarcoma in histology.

OCENA LECZENIA RAKA TRZUSTKI W POWIATOWYM ODDZIALE CHIRURGII - WŁASNE DOŚWIADCZENIA

Szymon Niemiec (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Jasło)

Zuzanna Cetnar-Sokołowska (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Jasło)

Leon Fliszkiewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Jasło)

Wstęp

Przeprowadzono analizę leczonych chirurgicznie pacjentów z rakiem trzustki w latach 2001–2013 w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Jaśle. Zoperowano 559 pacjentów z nowotworami układu pokarmowego. Chorzy na raka trzustki stanowili 11,6%, tj. 65 chorych. U 54 (83%) pacjentów podjęto leczenie wyłącznie chirurgiczne paliatywne.

Wyniki

Rodzaje paliatywnych operacji wykonanych u pacjentów: ze względu na wysoką niedrożność na poziomie 12 miesięcy u 35 (66,0%) chorych wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe, samodzielne zespolenie żółciowo-jelitowe zastosowano u 8 (15,9%) chorych, celem odbarczenia żółtaczki. Najczęściej wykonywano zespolenie przewodowo-12-cze (rzadziej polecane) oraz pozostałe typy zespolień – zarówno na pętli Roux-en-Y, jak i zespolenie jelita z pęcherzykiem żółciowym. U 2 (1,9%) pacjentów w poważnym stanie klinicznym wprowadzono jedynie T drenaż przewodu żółciowego wspólnego.

Zespolenie żołądkowo-jelitowe wraz z żółciowo-jelitowym wykonano u 9 (16,2%) pacjentów.

Wnioski

Stwierdzono, że chorzy powyżej 70. r.ż. stanowili ok. 60 % wszystkich operowanych paliatywnie. Chirurgia raka trzustki w powiatowym oddziale chirurgii to głównie postępowanie paliatywne.

A CASE REPORT OF A RARE GRANULAR CELL TUMOR OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

Maciej Sobień (St. Hedwig-Krankenhaus – Berlin)

Eric P.M. Lorenz (St. Hedwig-Krankenhaus – Berlin)

Introduction

Granular cell tumors known as Abrikossoff's tumors are uncommon, usually benign lesions which originate from the nervous system. They can occur in every part of the body, however head and neck areas are affected in 45–65% of the cases.

Aim

The aim of this paper was to report a case of a rarely observed Abrikossoff's tumor located in the abdominal wall.

Methods

A 34-year-old woman without any medical history was admitted with a growing mass in the abdominal wall located in the left hypogastrium. An MRI showed an irregular, vascularized, subcutaneous tumor adhering to the muscular layer. A surgical excision with negative margins was performed.

Results

The histological and immunohistochemical analysis confirmed the diagnosis of a benign granular cell tumor. To date, there has been no sign of recurrence.

Conclusions

The report of the unusual location of this rare tumor would allow surgeons, radiologists and pathologists to consider it in their differential diagnosis when presented with similar cases.

GRUCZOLAKORAK JAKO RZADKA ZMIANA NOWOTWOROWA JELITA CIENKIEGO - PLAKAT

Łukasz Koźba (Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II – Krosno)

Jan Wojciech Wroński (Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II – Krosno)

Maciej Münzberger (Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II – Krosno)

Piotr Wójcik (Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II – Krosno)

Wstęp

Gruczolakorak jelita cienkiego jest rzadko występującym nowotworem. W populacji Wielkiej Brytanii statystycznie 1 chory na raka jelita cienkiego przypada na 128 chorych na raka okrężnicy. Gruczolakorak stanowi 4 na 10 nowotworów złośliwych jelita cienkiego obok guzów neuroendokrynnych (4/10), chłoniaków (1/10), mięsaków i nowotworów przerzutowych.

Ze względu na długi bezobjawowy lub skąpoobjawowy przebieg oraz brak specyficznych dla tego nowotworu objawów często jest on rozpoznawany w późnym stadium zaawansowania. Przekłada się to gorsze rokowanie i złe odległe wyniki leczenia.

Często gruczolakorak rozpoznawany jest dopiero śródoperacyjnie u chorego operowanego z powodu objawów wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego czy perforacji.

Opis przypadku

Prezentowany przypadek dotyczy 77-letniego chorego, który zgłosił się z objawami pełnej wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego. W wykonanej przy przyjęciu tomografii komputerowej jamy brzusznej stwierdzono guz zamykający całkowicie światło pierwszej pętli jelita czczego, tuż za więzadłem Treitza. Chory został zakwalifikowany do leczenia

operacyjnego. Śródoperacyjnie stwierdzono guz 10 × 13 mm prawie całkowicie zamykający światło jelita oraz obecność podejrzanych, patologicznie zmienionych węzłów chłonnych w krezce jelita. Wykonano odcinkową resekcję jelita czczego wraz z guzem oraz zmienionymi węzłami chłonnymi krezki jelita. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Chorego wypisano w 5. dobie po operacji. Po wypisie pacjenta skierowano do leczenia onkologicznego.

Wnioski

Według American Cancer Society prognozowane jest 5-letnie przeżycie u 55% chorych w I stopniu zaawansowania, a jedynie 5% w IV stopniu.

ZNACZENIE PROGNOSTYCZNE FENOTYPU KRAŻĄCYCH KOMÓREK NOWOTWOROWYCH WE KRWI I ROZSIANYCH KOMÓREK NOWOTWOROWYCH W SZPIKU KOSTNYM U PACJENTÓW Z RAKIEM ŻOŁĄDKA

Joanna Rogala (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marek Sierżęga (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Kołodziejczyk (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Anna Pituch-Noworolska (Katedra Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Grażyna Drabik (Katedra Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Antoni Szczepanik (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Maciej Siedlar (Katedra Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Rozsiane komórki nowotworowe (RKN) w szpiku kostnym i krążące komórki nowotworowe (KKN) we krwi obwodowej potencjalnie odzwierciedlają zasięg choroby i wpływają na rokowanie w guzach litych. Dane w przypadku raka żołądka są sprzeczne. Może to być związane z heterogenicznością populacji RKN i KKN.

Cel pracy

W pracy zbadano wartość dla rokowań dwóch różnych fenotypów komórek RKN i KKN w resekcyjnym raku żołądka.

Metodyka

Przebadano 229 kolejnych pacjentów, u których w trybie planowym wykonano resekcję żołądka, pod kątem obecności RKN i KKN. Populacje komórek RKN i KKN zostały oznaczone w próbkach krwi obwodowej i aspiratach szpiku kostnego przed zabiegiem. Komórki nowotworowe wyizolowano przy pomocy cytometrii przepływowej. W wysortowanej puli komórek oznaczano ekspresję cytokeratyn (8,18 i 19) i antygenu CD44.

Wyniki

Wykazano, iż 98 (43%) pacjentów posiadało komórki raka z ekspresją cytokeratyn we krwi lub szpiku kostnym, a ko-

mórki nowotworowe z ekspresją CD44 zostały znalezione w 23 (9%) przypadkach. Komórki CD44+ znacznie częściej występowały u pacjentów z przerzutami odległymi (48% vs 19%, $p = 0,002$) i ze słabo zróżnicowanymi guzami pierwotnymi (74% vs 51%, $p = 0,036$), podczas gdy nie zauważono takiej zależności dla komórek wykazujących ekspresję cytokeratyn. Obecność komórek CD44+ we krwi lub szpiku kostnym znacząco skracała medianę przeżycia (6,7 vs 19,5 miesiąca, $p < 0,001$). Ponadto w modelu proporcjonalnego hazardu Coxa obecność we krwi lub szpiku komórek CD44+ była niezależnym czynnikiem rokowniczym z ilorazem szans wynoszącym 2,097 (95% CI: 1,269–3,465, $p = 0,004$). Obecność komórek raka z ekspresją cytokeratyn nie była związana z przeżyciem pacjentów.

Wnioski

Znaczenie prognostyczne komórek nowotworowych wyizolowanych z krwi i szpiku kostnego pacjentów z rakiem żołądka jest uzależnione od ich fenotypu. Wykrycie komórek z ekspresją cytokeratyn we krwi lub szpiku kostnym nie wiąże się z gorszym rokowaniem.

PIERWSZE 6 MIESIĘCY PO ZABIEGU OPERACYJNYM JAKO KLUCZOWY ELEMENT OPIEKI OKOŁOOPERACYJNEJ OSÓB Z RAKIEM JELITA GRUBEGO, W PODESZŁYM WIEKU

Jakub Kenig (III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jerzy Mituś (Klinika Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie – Kraków)

Urszula Olszewska (III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Urszula Skorup (III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Agata Kapelańczyk (III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Kamil Rapacz (III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Mateusz Gajda (III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Całkowite przeżycie starszych pacjentów z rakiem jelita grubego po zabiegu operacyjnym jest niższe w porównaniu z młodszymi osobami. Może to mieć związek z nowotworem i leczeniem, jak również może być spowodowane zgonem z innych przyczyn.

Cel pracy

Porównanie 5-letniej przeżywalności pacjentów < 65. r.ż. oraz pacjentów w wieku podeszłym leczonych operacyjnie z powodu raka jelita grubego, ze szczególnym uwzględnieniem osób z zespołem wyczerpania rezerw.

Metodyka

Do badania włączono kolejnych pacjentów z rakiem jelita grubego w stopniu I–III, operowanych w latach 2009–2011. Z badania wyłączone pacjentów z stopniem IV oraz operowanych w trybie doraźnym. Do oceny zespołu wyczerpania rezerw wykorzystano kliniczną skalę oceny tego zespołu. Zastosowano metody statystyczne celem obliczenia przeżywalności całkowitej, względnej (wykorzystując metodą Hakulina) oraz warunkowej.

Wyniki

Łącznie do badania włączono 133 pacjentów (77 mężczyzn oraz 56 kobiet) < 65. r.ż., mediana wieku 57 (20–65), oraz 181 pacjentów (97 mężczyzn oraz 84 kobiety) w wieku > 65. r.ż., mediana wieku 75 (65–93). W grupie osób młodszych oraz starszych przeważały osoby z III stopniem (80 oraz 106 pacjentów) i II stopniem zaawansowania (48 oraz 72), zbadano także chorych z I stopniem (5 oraz 3). Rak okrężnicy

i odbytnicy stwierdzono odpowiednio u 60 vs 65 oraz 73 vs 93 pacjentów < 65. r.ż. oraz w podeszłym wieku. Zauważono znaczne różnice w 30-dniowej i rocznej oraz 1,5-letniej śmiertelności (odpowiednio: 3,8 vs 6,7%, 10,4 vs 27% oraz 14,4 vs 37%, $p < 0,05$). Obserwowano istotne statystycznie różnice w przeżyciu całkowitym pomiędzy grupami wiekowymi (63% vs 51%, $p < 0,05$). Różnica ta była istotnie mniejsza w przypadku przeżycia względnego i wynosiła (50% vs 36%, $p < 0,05$). Nie stwierdzono różnicy w przeżyciu względnym w przypadku pacjentów, którzy przeżyli pierwszy rok po zabiegu operacyjnym, za wyjątkiem stopnia III. W badanych grupach 56% oraz 71% wszystkich zgonów u osób starszych oraz z zespołem wyczerpania rezerw było obserwowanych w pierwszych 6 miesiącach po zabiegu operacyjnym.

Wnioski

Przeżycie względne związane z rakiem jest podobne u osób starszych, które przeżyły pierwszy rok po operacji, jak u osób młodszych w danym stopniu zaawansowania. Szczególnie wysoka śmiertelność obserwowana jest w pierwszych 6 miesiącach u pacjentów z zespołem wyczerpania rezerw, co skłania do zmiany postępowania w okresie okołoperacyjnym.

WIEK JAKO CZYNNIK RYZYKA POWIKŁAŃ I ŚMIERTELNOŚCI PO PANKREATODUODENIEKTOMII – PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA I METAANALIZA

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Magdalena Mizera (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Grzegorz Torbicz (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Witowski (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Wstęp

Pankreatoduodenektomia (PDD) jest podstawową metodą leczenia guzów okolicy głowy trzustki. Obserwuje się stały wzrost wieku operowanych, co wiąże się z powszechnym trendem wydłużenia średniej czasu życia w populacji. W ostatnich latach ukazały się liczne doniesienia na temat wyników leczenia chorych poddawanych PDD w grupie pacjentów starszych.

Cel pracy

Porównanie wyników PDD u chorych starszych z pacjentami młodszymi.

Metodyka

Zgodnie z wytycznymi PRISMA dokonano przeglądu systematycznego baz Medline, Embase oraz biblioteki Cochrane do 10 kwietnia 2017 r. włącznie. Kryteriami włączenia były: badanie porównujące wyniki PDD u chorych starszych i młodszych, raportowanie danych dotyczących odsetka powikłań i/lub śmiertelności (główne punkty końcowe). Pozostałymi analizowanymi zmiennymi były: powikłania chirurgiczne (odsetek przetok, opóźnionego opróżniania żołądkowego, pooperacyjnych krwotoków, przecieku żółci, zakażenia miejsca operowanego), powikłania kardiologiczne i pulmonologiczne, czas hospitalizacji, odsetek ponownych hospitalizacji. Dokonano analizy podgrup w zależności od podziału wiekowego w poszczególnych badaniach (65 lat, 70 lat, 75 lat, 80 lat).

Wyniki

Pośród 1662 artykułów wybranych do analizy ostatecznie 37 badań spełniało kryteria włączenia. Do analiz włączono 20 426 pacjentów (pacjenci starsi: 3550 osób, pacjenci młodszy: 16 876 osób). Wykazano różnice w mierzonych punktach końcowych, takich jak: śmiertelność (RR = 2,13, 95% CI: 1,64–2,77), całkowita liczba powikłań (RR = 1,17, 95% CI: 1,10–1,24), powikłania sercowo-naczyniowe (RR = 2,59, 95% CI: 2,08–3,24), powikłania płucne (RR = 1,66, 95% CI: 1,33–2,08) oraz infekcja ran pooperacyjnych (RR = 1,20, 95% CI: 1,03–1,39). Nie wykazano istotnych różnic w długości pobytu w szpitalu oraz częstości przetok trzustkowych, opóźnionego opróżniania żołądkowego, pooperacyjnych krwotoków, przecieków żółci. Odsetek resekcji R0 był porównywalny w obu grupach.

Wnioski

Wykonanie PD u osób starszych wiąże się z wyższym ogólnym odsetkiem powikłań i śmiertelności. Zaobserwowano, że wiek nie ma wpływu na częstość powikłań chirurgicznych (z wyjątkiem zakażenia miejsca operowanego), wiąże się natomiast z wyższym ryzykiem powikłań kardiologicznych i pulmonologicznych. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że pankreatoduodenektomia pozostaje jedyną skuteczną metodą leczenia guzów okolicy głowy trzustki, należy ją rozważyć także u chorych starszych, pomimo zwiększonego ryzyka zgonu okołoperacyjnego.

RZADKI PRZYPADEK PIERWOTNEGO CZERNIAKA ŻOŁĄDKA

Maciej Twardzik (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Maciej Wiewióra (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Monika Szrot (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Jerzy Piecuch (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Wstęp

Pierwotny czerniak żołądka jest niezwykle rzadką postacią nowotworu. Większość stwierdzanych czerniaków żołądka to przerzuty. Objawy kliniczne są niespecyficzne. Leczenie chirurgiczne z terapią adiuwantową jest zalecanym postępowaniem. Ze względu na inwazyjny charakter choroby przeżycie pacjentów jest wciąż niezadowalające i zazwyczaj krótsze niż 1 rok. Przedstawiamy chorą z pierwotnym czerniakiem żołądka leczoną w oddziale chirurgii ogólnej.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 66, została przyjęta na oddział chirurgii ogólnej z powodu guza żołądka, który został rozpoznany w trakcie diagnostyki osłabienia oraz niedokrwistości. W badaniu endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego stwierdzono zmianę guzową trzonu żołądka z widoczną impresją na krzywiźnie mniejszej. W badaniu histopatologicznym wycinków pobranych z guza rozpoznano Mesothelioma malignum. Powtórzono endoskopię i ponownie pobrano wycinki z guza. W wyniku badania immunohistochemicznego

stwierdzono naciek czerniaka (Melan A+, CK-). Wykonano TK jamy brzusznej oraz klatki piersiowej. Poza zmianą guzową w trzonie żołądka nie stwierdzano limfadenopatii i zmian przerzutowych. Wykluczono ognisko skórne czerniaka przed operacją. Wykonano resekcję żołądka ze śledzioną i limfadenektomią D2 poszerzoną o wycięcie węzłów chłonnych wnęki wątroby. Ciągłość przewodu odtworzono, zespalając przełyk z jelitem szwem mechanicznym koniec do końca na pętli Roux-en-Y. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Na konsylium onkologicznym chorą zakwalifikowano do leczenia adiuwantowego, na które nie wyraziła zgody.

Wnioski

Żołądek jest niezwykle rzadkim umiejscowieniem pierwotnego czerniaka, stwierdzenie tego rozpoznania może nastąpić tylko wtedy, gdy wykluczymy inne ogniska pierwotne. Leczenie chirurgiczne połączone z leczeniem uzupełniającym może poprawiać wyniki terapii. W trakcie półrocznej obserwacji nie stwierdzono cech wznowy.

1373

STĘŻENIE LEPTYNY, ADIPONEKTYNY, REZYSTYNY, WISFATYNY W SUROWICY KRWI U PACJENTÓW Z RAKIEM GRUCZOŁOWYM PRZĘŁYKU, PRZĘŁYKIEM BARRETTA I CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZĘŁYKU ORAZ OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ W PORÓWNANIU Z GRUPĄ KONTROLNĄ

Wioletta Masiak-Segit (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Tomasz Jaworski (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Krzysztof Abramowicz (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Otyłość brzuszna jest czynnikiem ryzyka choroby refluksowej przełyku, przełyku Barretta oraz raka gruczołowego przełyku. W najnowszej literaturze pojawiają się doniesienia, że na przebieg ścieżki karcenogenezy od metaplastji Barretta do raka gruczołowego przełyku mogą mieć wpływ adipocytokiny, w tym leptyna, adiponektyna, rezystyna i wisfatyna. Są to peptydy odgrywające ważną rolę w metabolizmie glukozy i tłuszczów oraz regulacji wagi ciała.

Cel pracy

Porównanie stężeń leptyny, adiponektyny, rezystyny oraz wisfatyny w surowicy krwi pacjentów z rakiem gruczołowym przełyku, przełykiem Barretta, chorobą refluksową przełyku, otyłością patologiczną oraz u zdrowych ochotników.

Metodyka

Do badania włączono 12 pacjentów z rakiem gruczołowym przełyku (RG), 12 z przełykiem Barretta (PB), 22 z chorobą refluksową przełyku (CR), 29 z otyłością patologiczną (BMI > 40 kg/m²) (OT) i 10 osób z grupy kontrolnej (GK). U wymienionych grup osób przy pomocy testów ELISA oznaczono w surowicy krwi poziomy leptyny, adiponektyny, rezystyny i wisfatyny.

Wyniki

Poziom adiponektyny u osób z GK był znacząco statystycznie wyższy ($p < 0,05$) w porównaniu z OT, CR, PB i RG.

Poziom rezystyny był znacząco statystycznie wyższy u osób z OT i PB w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,05$). U pacjentów z RG i CR poziom rezystyny był również wyższy niż w GK, lecz różnice te nie były istotne statystycznie.

Poziom leptyny był znacząco statystycznie wyższy u osób z OT w porównaniu z GK ($p < 0,05$). W pozostałych grupach (RG, PB, CR) był natomiast istotnie statystycznie niższy w porównaniu z GK ($p < 0,05$).

Poziom wisfatyny był znacząco statystycznie wyższy w grupach RG, PB, CR oraz OT w porównaniu z GK ($p < 0,05$).

Wnioski

Podwyższony poziom wisfatyny w surowicy krwi może wpływać na rozwój raka gruczołowego przełyku. Nie udowodniono takich zależności dla adiponektyny, leptyny i rezystyny.

STAN CHIRURGII KOLOREKTALNEJ W POLSCE W ROKU 2016 W ŚWIELE WYNIKÓW ANKIETY KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Maciej Matłok (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Szpital Specjalistyczny Pro-Familia – Rzeszów)

Mirosław Szura (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Michał Janik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Paweł Bogacki (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Grzegorz Wallner (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 – Lublin)

Wstęp

Nowotwory jelita grubego należą do najczęstszych nowotworów przewodu pokarmowego, a leczenie chirurgiczne jest ważnym elementem radykalnego skutecznego ich leczenia.

Cel pracy

Określenie liczby ośrodków wykonujących zabiegi z zakresu chirurgii kolorektalnej w Polsce oraz liczby i typów wykonywanych zabiegów operacyjnych, a także standardu proponowanej opieki.

Metodyka

W okresie od 14 kwietnia do 30 maja 2017 r. przeprowadzono ankietowe badanie adresowane do kierowników oddziałów chirurgicznych w Polsce, w porozumieniu z konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii ogólnej, z wykorzystaniem elektronicznego kwestionariusza Google docs, umieszczonego na stronie internetowej chirurgicznego portalu „Medycyny Praktycznej”. Zaproszenie do wypełnienia ankiety przesłano drogą elektroniczną do wszystkich oddziałów chirurgicznych w Polsce. Pozyskane w sposób elektroniczny odpowiedzi na pytania z ankiety przesłało 270 oddziałów chirurgicznych z całej Polski.

Wyniki

Wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii kolorektalnej zadeklarowało 246 spośród 270 ankietowanych ośrodków (91,1%). Zabiegi z dostępu laparoskopowego – 98 ośrodków (39,48% spośród ośrodków wykonujących zabiegi kolorektalne). Ogółem zareportowano wykonanie 7461 zabiegów z powodu raka okrężnicy i 3185 zabiegów z powodu raka

odbytnicy. Liczba zabiegów wykonywanych w jednym ośrodku kształtowała się przy raku okrężnicy w przedziale od 2 do 187 (dominanta 25), a w przypadku raka odbytnicy mieściła się w zakresie od 2 do 206 operacji (dominanta 6). Przedoperacyjną radio- lub radiochemioterapię w odpowiednim stopniu zaawansowania raka odbytnicy stosowały u swoich chorych 134 oddziały (54,47%). Odsetek chorych poddanych leczeniu neoadjuwantowemu z wykorzystaniem tych metod wyniósł średnio 16,65% (!) i mieścił się w zakresie od 0 do 100%.

Wnioski

Duży odsetek polskich oddziałów chirurgicznych wykonuje operacje z powodu raka jelita grubego. Liczba oddziałów wykorzystujących metody małoinwazyjne w leczeniu raka odbytnicy nie przekracza 40%. Niski odsetek chorych poddawanych neoadjuwantowej radio- lub radiochemioterapii powinien skłaniać do popularyzacji wiedzy na temat potencjalnych korzyści, jakie przynosi pacjentom wykorzystanie tych metod.

„REAL THYROID CARCINOMA” – CO OZNACZA DLA KLINICYSTY?

Krzysztof Kaliszewski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Paweł Kiełb (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Jerzy Maksymowicz (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Aleksander Krawczyk (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Otto Krawiec (Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Paweł Domosiłowski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wstęp

W 2013 roku Baloch użył terminu „Real Thyroid Carcinomas” w stosunku do pewnych postaci wysoko zróżnicowanych raków tarczycy, podkreślając tym samym ich odmienność zarówno w przebiegu, leczeniu, jak i rokowaniu. Określenie to zostało następnie użyte w nieco szerszym aspekcie zwłaszcza w odniesieniu do innych nowotworów nabłonkowych gruczołu tarczowego. Podkreślono przez to różnorodność przebiegu klinicznego raków tarczycy. „Real Thyroid Carcinomas” zdefiniowano jako nowotwory o agresywnym przebiegu, wcześniej dające przerzuty odległe, naciekające okoliczne narządy i tkanki, a także obciążone dużą śmiertelnością.

Cel pracy

Kliniczna analiza nowotworów tarczycy, ze szczególnym uwzględnieniem postaci spełniających kryteria RTC.

Metodyka

Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną 4327 chorych leczonych w I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z powodu patologii gruczołu tarczowego, w latach 2008–2016. Wyodrębniono nowotwory tarczycy o szczególnie agresywnym przebiegu spełniające kryteria RTC, a następnie przeanalizowano je w aspekcie typu histopatologicznego, przebiegu, leczenia i rokowania.

Wyniki

Spośród 4327 chorych – 384 (8,04%) pacjentów było leczonych z powodu nowotworów złośliwych. Kliniczne kryteria RTC spełniło 64 (1,47%) pacjentów. W tej grupie znalazło się 17 (26,56%) przypadków raka brodawkowatego tarczycy, 22 (34,37%) – raka pęcherzykowego, 14 (21,87%) – raków rdzeniastych, 10 (15,62%) – raków anaplastycznych, 1 (1,56%) – raka płaskonabłonkowy.

Wnioski

Klinicznie RTC to grupa nowotworów o różnym typie histopatologicznym, stanowiących niewielki odsetek wszystkich guzów tarczycy. Wysoko zróżnicowane raki tarczycy stanowią ponad połowę wszystkich RTC. Istnieje kliniczna potrzeba wyodrębnienia tej grupy nowotworów, ponieważ wymagają one innego podejścia – zarówno diagnostycznego, jak i terapeutycznego.

POZAKOSTNY GUZ EWINGA – NIETYPOWA LOKALIZACJA ZMIANY

Michał Solecki (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Rafał Tarkowski (I Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Justyna Wyroślak-Najs (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Mięsak Ewinga jest drugim co do częstości występowania guzem kości u dzieci i młodych dorosłych. W rzadkich przypadkach występuje jako izolowany guz tkanek miękkich bez zajęcia kości. Lokalizacje pozakostne obejmują tkanki miękkie kończyn, przestrzeń pozaotrzewnową i ścianę klatki piersiowej. Istnieją doniesienia o lokalizacji w nerce, moczowodzie, przewodzie pokarmowym i innych organach wewnętrznych (4 przypadki w wątrobie, 1 – w sieci większej, pojedyncze doniesienia o lokalizacji w otrzewnej ściennej).

Opis przypadku

Prezentujemy przypadek 19-letniej pacjentki z guzem zlokalizowanym w więzadle sierpowatym wątroby. Pacjentka została hospitalizowana planowo z powodu guza wielkości 60 × 70 mm, stwierdzonego w badaniu TK jamy brzusznej w więzadle sierpowatym wątroby oraz drugiej zmiany w lewych przydatkach wielkości 60 × 50 mm. Kilka miesięcy wcześniej pacjentka była hospitalizowana z powodu dolegliwości bólowych w nadbrzuszu i nudności, wówczas rozpoznano zapalenie błony śluzowej żołądka. W badaniu fizykalnym: brzuch miękki, bez oporów patologicznych. Z powodu utrzymujących się do-

legliwości rozszerzono diagnostykę obrazową, na której podstawie zakwalifikowano pacjentkę do leczenia operacyjnego. Wykonano laparoskopową resekcję obu zmian. Na podstawie badania histopatologicznego w przydatkach stwierdzono potworniaka dojrzałego, a w więzadle sierpowatym – mięsaka Ewinga. W badaniach pooperacyjnych nie wykazano innych ognisk choroby. W chwili obecnej chora zakończyła leczenie onkologiczne według schematu VIDE, nadal pozostaje pod obserwacją, bez cech wznowy guza.

Wnioski

Mimo rzadkiej lokalizacji zmian poza układem kostnym należy brać pod uwagę możliwość występowania guza Ewinga w tkankach miękkich w różnicowaniu guzów jamy brzusznej. Przypadek ten jest 3. opisanym w tej lokalizacji, w tkance otrzewnej, i – według literatury fachowej – 1., gdzie stwierdzono współistnienie potworniaka.

LECZENIE OPERACYJNE OLBRZYMICH OWRZODZEŃ NOWOTWOROWYCH POWŁOK CIAŁA W MATERIALE WŁASNYM

Jacek Zieliński (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Radosław Jaworski (Oddział Kardiologii Dziecięcej im. WOŚP, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Krystyna Serkies (Klinika Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Marta Pękała (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Janusz Jaśkiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Obecność dużych owrzodzeń nowotworowych powłok ciała może być następstwem każdego nowotworu. Według danych epidemiologicznych występują one u ok. 5 % chorych leczonych oraz u 10% chorych z obecnymi przerzutami, w przypadku braku skuteczności terapii onkologicznej. Najczęściej przyczynami olbrzymich owrzodzeń powłok ciała są: raki skóry oraz czerniaki. W przypadku podejmowania decyzji o leczeniu chirurgicznym podstawowymi warunkami, które muszą być spełnione, są radykalność usunięcia, personalizacja oraz poprawa jakości po zastosowanej terapii.

Cel pracy

Przedstawienie radykalnego leczenia chirurgicznego olbrzymich owrzodzeń nowotworowych powłok ciała.

Metodyka

W Klinice Chirurgii Onkologicznej wykonywanych jest ok. 2000 operacji onkologicznych. W celu analizy ilości i jakości leczenia olbrzymich owrzodzeń nowotworowych (OON) dokonano analizy wszystkich chorych operowanych w latach: 2010–2017, z czego włączono do badania 5 pacjentów. Z analizowanej grupy u 3 chorych z OON rozpoznano raka płaskonabłonkowego skóry (krocze, plecy), u 1 – czerniaka (twarz) oraz u 1 – przerzut raka nerki (powłoki brzuszne). Każdy z operowanych miał pobierane tkanki do badania mikroskopowego, a leczenie operacyjne było uprzednio zaplanowane, w szczególności w tych przypadkach, gdzie opera-

cja była wykonywana w zespołach interdyscyplinarnych. Po wykonaniu usunięcia OON powstały ubytek zaopatrywano za pomocą plastyki miejscowej lub wolnego przeszczepu skór nego.

Wyniki

Wiek badanych chorych wahał się w przedziale 55–75 lat. Wszystkie zabiegi miały charakter radykalny, potwierdzany śródoperacyjnie oraz w pooperacyjnym raporcie patologicznym oceniane były jako resekcji R0. U 2 chorych w celu uzupełnienia ubytku powłok zastosowano wolne przeszczepy skórny, a u 3 pozostałych zastosowano plastykę miejscową. Przebieg gojenia chorych przebiegał bez powikłań. Tylko w 1 przypadku raka skóry grzbietu, z uwagi na niekorzystne czynniki ryzyka wznowy, zastosowano pooperacyjną radioterapię.

Wnioski

- 1) Jednym z najważniejszych czynników w podejmowaniu decyzji o wycinaniu olbrzymich owrzodzeń nowotworowych jest prawidłowa kwalifikacja do tego typu operacji, z uwzględnieniem radykalności i możliwości technicznego ich wykonania.
- 2) Wykonywanie operacji usuwania olbrzymich owrzodzeń nowotworowych powinno być wykonywane w zespołach interdyscyplinarnych oraz w ośrodkach najwyższej referencyjności.

MIEJSCOWA RESEKCJA GUZA TRZUSTKI- CZY TO MOŻE SIĘ UDAĆ?**Anna Rybak** (Szpital Miejski im. Franciszka Raszei – Poznań)**Michalina Hupało** (Szpital Miejski im. Franciszka Raszei – Poznań)**Przemysław Pyda** (Szpital Miejski im. Franciszka Raszei – Poznań)**Wstęp**

Solid pseudopapillary tumor nie zdarza się często, występuje w 1–2% przypadków wśród nowotworów trzustki i w ok. 13% usuwanych nowotworów torbielowatych trzustki. Pojawia się najczęściej u młodych kobiet – pomiędzy 20. a 30. r.ż. Guz jest zazwyczaj otorebkowany i długo nie daje odległych przerzutów. Powiększając się stopniowo, uciska sąsiadujące narządy, upośledza ich funkcje oraz powoduje dolegliwości bólowe. Leczeniem z wyboru jest chirurgiczne usunięcie guza. Przy odpowiednio wcześnie ustalonym rozpoznaniu, kiedy guz nie daje jeszcze przerzutów, może być traktowany jako guz łagodny.

Opis przypadku

Pacjentka w wieku lat 20 trafiła na oddział chirurgiczny z powodu wykrytego w tomografii komputerowej guza lito-torbielowatego, wielkości 62 × 52 mm, zlokalizowanego w głowie i wyrostku haczykowatym trzustki. Z powodu silnych dolegliwości bólowych brzucha została podjęta diagnostyka obrazowa. Następnie, pod kontrolą EUS, wykonano biopsję gruboigłową guza, uzyskując rozpoznanie histopatologiczne. Zdecydowano o zabiegu, wykonano resekcję guza, usuwając go w całości i zachowując jego torebkę. Operacja przebiegła bez powikłań. Po zabiegu wystąpiła przetoka trzustkowa, która po wykonaniu papilotomii endoskopowej – po kilku dniach ustąpiła.

Wnioski

Występujący rzadko solid pseudopapillary tumor może przypominać raka gruczołowego trzustki. Ma jednak nieco inny przebieg choroby i znacznie mniejsze zdolności do proliferacji. Pierwszymi jego objawami są zazwyczaj niespecyficzne dolegliwości bólowe brzucha. Najbardziej skutecznym sposobem leczenia jest chirurgiczna, radykalna resekcja guza (R0), przy czym nie ma konieczności zachowania marginesu resekcji przy zachowaniu ciągłości torebki guza.

Wykrycie dużego guza trzustki nie zawsze oznacza rezygnację z możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego. Rozpoznanie solid pseudopapillary tumor daje taką szansę. Warto doprowadzić do końca diagnostykę pozornie nieoperacyjnego guza trzustki. Radykalne usunięcie pozwala uniknąć potencjalnych przerzutów do organów sąsiadujących i odległych.

WYSTĘPOWANIE RAKA TARCZYCY U CHORYCH ZAKWALIFIKOWANYCH DO OPERACJI THYROIDEKTOMII W MATERIALE KLINIKI CHIRURGICZNEJ 4. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU W LATACH 2000-2016

Wiktor Pawłowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Tadeusz Dorobisz (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Michał Leśniak (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Agnieszka Ziomek (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Mariusz Chabowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Maciej Malinowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Dariusz Janczak (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wstęp

Rak tarczycy jest najczęstszym nowotworem układu wewnętrzwydzielniczego, rocznie występuje u 3,6/100 tys. osób. Każdego roku w Polsce zachoruje > 1900 osób na raka tarczycy, kilkakrotnie częściej chorują kobiety. Szczyt zapadalności przypada na 40–50 r.ż. Niedobór jodu, promieniowanie jonizujące, dodatni wywiad rodzinny i mutacje genetyczne to główne czynniki predysponujące do rozwoju raka tarczycy. Podstawą leczenia pozostaje tyroidektomia.

Cel pracy

Analiza przypadków rozpoznanego raka tarczycy w materiale Kliniki Chirurgicznej z IV Wojskowego Szpitala Klinicznego u chorych poddanych tyroidektomii, w latach 2000–2016, w aspekcie korelacji biopsji cienkoigłowej tarczycy z wynikiem badania histopatologicznego pooperacyjnego.

Metodyka

Analizowano historie chorób pacjentów poddanych tyroidektomii w przebiegu wola guzowego tarczycy, w tym przypadki stwierdzonej lub podejrzewanej choroby nowotworowej przed operacją tyroidektomii, u których potwierdzono lub rozpoznano raka tarczycy w pooperacyjnym badaniu histopatologicznym – 110 pacjentów.

Wyniki

W badanym okresie wykonano 2102 tyroidektomie, z czego u 110 chorych (5,23%) rozpoznano raka tarczycy.

72 pacjentów dostarczyło wynik BAC – u 19 z nich wykryto raka tarczycy, u kolejnych 19 – podejrzenie raka tarczycy (w tym guz pęcherzykowy), 34 biopsje miały wynik ujemny (47,2%). Czulość badania BAC, włączając przypadki podejrzenia raka, okazała się alarmująco niska – 52,8%.

Wnioski

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa wsparta badaniem USG pozostaje złotym standardem w diagnostyce chorób nowotworowych tarczycy. Wysoki odsetek rozpoznanych raków tarczycy w materiale pooperacyjnym, przy braku cech nowotworowych w badaniu BAC, nakazuje ostrożność w planowaniu doszczętności zabiegu. Elektywna całkowita tyroidektomia pozwala na radykalne usunięcie nierozpoznanego raka tarczycy, minimalizując ryzyko nawrotu choroby i narażenia na dodatkowe powikłania związane z reoperacją.

NIEODWRACALNA ELEKTROPORACJA W LECZENIU PIERWOTNEGO ORAZ NAWROTOWEGO, MIEJSCOWO NIERESEKCYJNEGO RAKA TRZUSTKI

Łukasz Wysocki (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Rak trzustki nadal pozostaje jednym z naporczych rokujących nowotworów. Radykalna resekcja guza trzustki, jako podstawowy element terapii multimodalnej, jest jedyną nadzieją na całkowite wyleczenie. W chwili rozpoznania 30% guzów ze względu na miejscowe zaawansowanie nie kwalifikuje się do resekcji, a w 11–42% przypadków dochodzi do wznowy miejscowej pomimo operacji R0. Podejmowane są próby zastosowania metod ablacyjnych w leczeniu miejscowo nieresekcyjnego raka trzustki (LAPC). Termiczne techniki ablacyjne w przypadku guzów trzustki są ryzykowne ze względu na możliwość uszkodzenia blisko położonych naczyń oraz przewodów. Nieodwracalna elektroporacja (IRE) jest metodą nietermicznej ablacji, którą – w odróżnieniu od innych, podobnych metod – można bezpiecznie stosować u chorych z pierwotnym oraz nawrotowym LAPC. Według dotychczasowych badań dołączenie IRE do schematu leczenia znacząco wydłuża i poprawia jakość życia chorych z LAPC.

Cel pracy

Prezentacja metody IRE oraz wstępne wyniki leczenia chorych z LAPC poddanych zabiegom IRE.

Metodyka

W klinice przeprowadzono od 6 zabiegów IRE przy wykorzystaniu systemu NanoKnife firmy AngioDynamics. Wśród badanych 3 chorych miało pierwotnego LAPC, a 3 innych pacjentów – wznowę miejscową po resekcji trzustki. Do zabiegu kwalifikowano chorych z nieresekcyjnym guzem < 5 cm, bez widocznych

przerzutów odległych w badaniu PET-CT. IRE przeprowadzano przez laparotomię, wprowadzając elektrody do guza pod kontrolą USG, generując 20–100 m impulsy elektryczne o napięciu 1250–1500 V/cm i natężeniu 20–40 A. Miesiąc po operacji wykonywano MRI jamy brzusznej celem oceny skuteczności zabiegu. Wszyscy chorzy są pod stałą opieką onkologiczną i otrzymują leczenie chemioterapeutyczne zgodnie z obowiązującymi schematami.

Wyniki

Wszyscy chorzy podawali subiektywne zmniejszenie dolegliwości bólowych po zabiegu IRE. U 4 pacjentów stwierdzono stabilizację lub zmniejszenie miejscowego zaawansowania choroby w kolejnych badaniach kontrolnych. Jedna chora była ponownie kwalifikowana do próby resekcji ze względu na znaczną regresję guza. Od resekcji odstąpiono ze względu na stwierdzenie obecności przerzutów odległych. U 5 chorych stwierdzono obecność przerzutów odległych, niewidocznych w przedoperacyjnych badaniach obrazowych.

Wnioski

IRE wydaje się obiecującym uzupełnieniem terapii multimodalnej chorych z LAPC, wydłużającym i poprawiającym jakość życia. Dalsze badania nad tą metodą są potrzebne, a zwłaszcza te dotyczące kwalifikacji chorych celem prawidłowej oceny skuteczności tej metody.

GUZY LITE ŚLEDZIONY

Sławomir Gajda (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Andrzej B. Szczepanik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Andrzej Misiak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Konrad Pielaciński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Wojciech P. Dąbrowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Wstęp

Guzy śledziony są rzadko opisywane w literaturze. Z uwagi na ich częsty bezobjawowy charakter zazwyczaj rozpoznawane są przypadkowo w badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej i potwierdzane w badaniu tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego brzucha. Nie jest dotąd ustalona jedna standardowa metoda postępowania w przypadku stwierdzenia guzów tego rodzaju.

Cel pracy

Przedstawienie własnych doświadczeń w postępowaniu z litymi guzami śledziony, ze szczególnym uwzględnieniem wyboru właściwej metody operacyjnej.

Metodyka

W latach 2014–2016 wszystkich chorych z rozpoznaniem guzów litych śledziony kwalifikowano do splenektomii laparoskopowej lub klasycznej. O wyborze techniki operacyjnej decydowano po przeanalizowaniu badań obrazowych (USG, TK i MR) i konsultacji patomorfologa. W niektórych przypadkach, zwłaszcza małych guzów, ze względu na morcelację śledziony w metodzie laparoskopowej i spodziewanych dużych trudnościach w ustaleniu rozpoznania histopatologicznego, chorych kwalifikowano do splenektomii klasycznej.

Wyniki

U 32 chorych (17 kobiet, 15 mężczyzn) w wieku od 32 do 68 lat wykonano operacje wycięcia śledziony, w tym operacje metodą laparoskopową (15 pacjentów) i metodą klasyczną (17 chorych). Wszyscy pacjenci przeżyli zabieg operacyjny. Średni czas operacji techniką laparoskopową wyniósł 75 minut, zaś klasyczną – 72 minuty. Utrata śródoperacyjna krwi wyniosła od 10 do 150 ml. Wczesne powikłania pooperacyjne stwierdzono u 4 chorych. W 1 przypadku była to zakrzepica żyły śledzionowej, leczona heparyną drobnocząsteczkową, w 3 przypadkach – krwiaki w łożu po usuniętej śledzionie. Krewiaki te uległy u wszystkich chorych resorpcji po upływie 6 tygodni. Zgonów w okresie okołoperacyjnym nie stwierdzono.

Wnioski

Splenektomia laparoskopowa i klasyczna w przypadku guzów śledziony jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia.

CZY ZMIANA STĘŻENIA BDNF W SUROWICY U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU NOWOTWORÓW PRZEWODU POKARMOWEGO MOŻE MIEĆ ZNACZENIE W OCENIE RADYKALNOŚCI RESEKCJI? ROLA BDNF W PROGRESJI NOWOTWORÓW PRZEWODU POKARMOWEGO - DONIESIENIE WSTĘPNE

Tomasz Guzel (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Katarzyna Mech (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Andrzej Kluciński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Andrzej Krajewski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Marzena Iwanowska (Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Wydziału Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Słodkowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Czynnik wzrostu pochodzenia mózgowego (Brain-Derived Neurotrophic Factor, BDNF) jest białkiem, które odgrywa ważną rolę w przebiegu wielu chorób neurologicznych. Ostatnie doniesienia świadczą również o jego istotnej roli w przebiegu innych chorób, w tym – w progresji chorób nowotworowych przewodu pokarmowego. Wykazano wyższe stężenia BDNF oraz jego receptora TrkB w tkance guza m.in. raka żołądka, jelita grubego i trzustki. Niejasne pozostaje znaczenie zmian stężenia BDNF w surowicy krwi u chorych operowanych ze wskazań onkologicznych.

Cel pracy

Ocena stężenia BDNF w surowicy krwi przed i po operacji z powodu nowotworu przewodu pokarmowego i jego przydatność w ocenie radykalności onkologicznej wykonanej operacji.

Metodyka

Do badania włączono 8 chorych z rakiem żołądka, 39 chorych z rakiem jelita grubego, 12 z rakiem trzustki oraz 6 z rakiem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych. Grupę kontrolną stanowiło 9 chorych operowanych w trybie planowym z powodu przepukliny pachwinowej. W grupie badanej oraz grupie kontrolnej stężenie BDNF oznaczano przed operacją oraz w trzeciej dobie po operacji za pomocą metody ELISA.

Wyniki

Stężenie BDNF w surowicy krwi wszystkich chorych badanych przed operacją było istotnie wyższe przed niż po operacji ($p = 0,0029$). Biorąc pod uwagę stopień zaawansowania choroby, u pacjentów bez przerzutów odległych stężenia przed operacją były także istotnie wyższe niż po operacji ($p = 0,0030$), a u chorych w 4. stopniu zaawansowania nie wykazano istotnych różnic stężeń przed i po operacji. W grupie kontrolnej nie odnotowano różnicy stężeń przed i po operacji. W grupie badanej stężenie BDNF przed operacją było istotnie niższe niż w grupie kontrolnej, po operacji nie wykazano istotnych różnic.

Wnioski

Stężenie BDNF w surowicy krwi ma związek z występowaniem choroby nowotworowej i zmienia się istotnie po operacji resekcyjnej. Może to być związane z wyższym stężeniem BDNF w tkankach nowotworowych i bogatym unaczynieniem guza. Rola tego białka i jego znaczenie w praktyce klinicznej wymagają dalszych badań.

WIELOSPECJALISTYCZNE LECZENIE W PRZYPADKU ZAAWANSOWANEGO RAKA NADNERCZA LEWEGO WRASTAJĄCEGO DO ŻYŁY GŁÓWNEJ DOLNEJ - OPIS PRZYPADKU

Małgorzata Dobrzycka (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Wstęp

Rak kory nadnercza jest nowotworem rzadkim, o wysokim stopniu złośliwości. Występuje z częstością: 2 przypadki/milion/rok. Całkowita resekcja zmiany we wczesnym stopniu zaawansowania jest jedyną skuteczną metodą leczenia. Wiąże się z 80% ryzykiem nawrotów po leczeniu, a całkowite przeżycie 5-letnie wynosi od 23 do 60%.

Opis przypadku

Prezentowany przypadek dotyczy chorej w wieku 57 lat, obciążonej zespołem niedoczynności wielogruzołowej typu 2., przyjętej do kliniki z powodu zaawansowanego guza

nadnercza lewego. W TK jamy brzusznej uwidoczniono guz wielkości 143 × 85 × 98 mm, naciekający naczynia nerkowe i przestrzeń zaotrzewnową. W Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej wykonano zabieg usunięcia nacieku nowotworowego, a następnie – usunięcie guza nadnercza lewego w bloku z nerką lewą, tkankami przestrzeni zaotrzewnowej oraz śledziony z dostępu przez laparotomię i torakotomię prawostronną.

Kontynuowano leczenie skojarzone, stosując chemioterapię systemową mitotanem i chemoembolizację zmian przerzutowych w wątrobie.

OBNIŻENIE ZAWARTOŚCI WIELONIENASYCONYCH KWASÓW TŁUSZCZOWYCH W SUROWICY PACJENTÓW Z RAKIEM JELITA GRUBEGO

Adriana Mika (Katedra Biochemii Farmaceutycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Tomasz Śledziński (Katedra Biochemii Farmaceutycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Jarek Kobiela (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Rak jelita grubego jest drugą z kolei najczęstszą przyczyną śmiertelności wśród pacjentów z chorobami onkologicznymi. Zaburzenia metabolizmu lipidów przyczyniają się do rozwoju tej choroby oraz mogą stanowić potencjalny terapeutyczny cel i wskaźnik prognostyczny u osób z tą chorobą. Kwasy tłuszczowe (KT) są podstawowym składnikiem większości lipidów złożonych, występujących w surowicy, a zaburzenia ich składu mogą znacząco wpływać na stan zdrowia pacjentów.

Cel pracy

Zbadanie zmian profilu kwasów tłuszczowych w surowicy pacjentów z rakiem jelita grubego.

Metodyka

Zawartość specyficznych kwasów tłuszczowych została oznaczona metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową w surowicy pacjentów z rakiem jelita grubego oraz w grupie osób zdrowych.

Wyniki

Stwierdzono znaczące różnice w profilu kwasów tłuszczowych w surowicy pomiędzy pacjentami z rakiem jelita grubego a osobami zdrowymi. Podczas gdy całkowita zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych i mononienasyconych kwasów tłuszczowych nie różniła się znacząco pomiędzy obiema grupami, to zauważono istotnie niższą zawartość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, zarówno z grupy omega-6 jak i omega-3 pacjentów z rakiem jelita grubego.

Wnioski

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe, szczególnie te z grupy omega-3, pełnią istotne funkcje w organizmie człowieka – mają działanie przeciwzapalne, zwiększają wrażliwość na insulinę, a także są prekursorami wielu ważnych biologicznie aktywnych związków. Dlatego ich niedobory mogą negatywnie wpływać na stan zdrowia pacjentów. Z tego względu należy rozważyć ich suplementację u chorych na raka jelita grubego.

IMMUNOHISTOCHEMICZNA EKSPRESJA KATALAZY W GRUCZOLAKACH JELITA GRUBEGO

Józef Kurek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Marlena Brzozowa-Zasada (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Marcin Gierek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Jakub Majewski (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Adam Piecuch (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym – Zabrze)

Marzena Harabin-Słowińska (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Katarzyna Stęplewska (Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym – Zabrze)

Wstęp

Prawidłowemu metabolizmowi w komórkach organizmu towarzyszy powstawanie reaktywnych form tlenu (RFT) i ich pochodnych. Wolne rodniki tlenowe i ich reaktywne pochodne łatwo reagują ze składnikami komórkowymi, takimi jak lipidy, białka i DNA. Skutkiem tych oddziaływań są uszkodzenia błon komórkowych, niewłaściwa aktywność enzymów oraz mutacje genetyczne mogące w konsekwencji prowadzić do transformacji nowotworowej. Wśród wolnych rodników na uwagę zasługuje nadtlenuk wodoru (H_2O_2), który jest naturalnym produktem metabolizmu komórkowego, a jednak ze względu na swoje właściwości utleniające charakteryzuje się dużą toksycznością. Utrzymanie jego małych stężeń w komórkach jest możliwe dzięki aktywności katalazy. Szczegółne znaczenie mechanizm ten odgrywa w jelicie grubym, które – zgodnie z pełnioną funkcją – wykazuje stałe narażenie na toksyczne działanie wolnych rodników.

Cel pracy

Określenie immunohistochemicznej ekspresji katalazy w gruczolakach jelita grubego, stanowiących łagodną formę zmian nowotworowych.

Metodyka

Badania przeprowadzono na skrawkach parafinowych zawierających materiał badawczy pochodzący od pacjentów poddanych kolonoskopii w Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie. Na skrawkach tych wykonano reakcję immunohistochemiczną pozwalającą na wykazanie obecności katalazy (zastosowano przeciwciało anti-CAT firmy GeneTex; numer katalogowy GTX110704).

Wyniki

W gruczolakach jelita grubego silną ekspresję katalazy stwierdzono głównie w komórkach napływowych błony śluzowej. Umiarkowany odczyn widoczny był także w komórkach zmienionych krypt jelitowych. Wysoki poziom ekspresji znacząco korelował ze stopniem dysplazji (high grade vs low grade, $p = 0,037$).

Wnioski

Powstawaniu łagodnych zmian nowotworowych na obszarze błony śluzowej jelita grubego towarzyszy wzrost ekspresji katalazy.

OCENA IMMUNOHISTOCHEMICZNEJ EKSPRESJI KATALAZY W WYCINKACH TKANKOWYCH PACJENTÓW Z RAKIEM JELITA GRUBEGO

Józef Kurek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Marlena Brzozowa-Zasada (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Marcin Gierek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Oliwia Segiet (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Adam Piecuch (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Marzena Harabin-Słowińska (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Romuald Wojnicz (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Katarzyna Stęplewska (Katedra i Zakład Patomorfologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym, Śląski Uniwersytet Medyczny – Zabrze)

Wstęp

Rak jelita grubego należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Coraz więcej danych wskazuje, że jednym z czynników odpowiedzialnych za rozwój raka jelita grubego są reaktywne formy tlenu (RFT). Następstwem ich zwiększonych ilości jest stymulacja podziałów komórkowych i powstawanie mutacji prowadzące do niestabilności genomu czy zmiany we wrażliwości komórkowej na leki przeciwnowotworowe. Należy jednak pamiętać, że układy tkankowe wyposażone są w mechanizmy obronne, które umożliwiają prawidłowe funkcjonowanie w obecności nadmiaru RFT. Niemniej jednak – komórki nowotworowe w porównaniu z prawidłowymi wykazują zmieniony poziom aktywności enzymów antyoksydacyjnych, w tym katalazy, czyli enzymu umożliwiającego detoksykację toksycznego dla komórki nadtlenu wodoru (H_2O_2).

Cel pracy

Określenie immunohistochemicznej ekspresji katalazy w gruczolakorakach jelita grubego.

Metodyka

Badania przeprowadzono na skrawkach parafinowych zawierających materiał badawczy pochodzący od pacjentów poddanych resekcji jelita grubego, w Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie, z rozpoznaniem histopatologicznym

adenocarcinoma. Na skrawkach tych wykonano reakcję immunohistochemiczną pozwalającą na wykazanie obecności katalazy (zastosowano przeciwciało anti-CAT firmy Gene-Tex; numer katalogowy GTX110704).

Wyniki

W gruczolakorakach ekspresję katalazy stwierdzono w komórkach podścieliska nowotworowego oraz w komórkach rakowych. Wysoka ekspresja katalazy znacząco korelowała ze stopniem złośliwości histologicznej (G1 vs G2 vs G3, $p = 0,003$) i stopniem naciekania ściany jelita (T1 vs T2 vs T3 vs T4, $p = 0,033$).

Wnioski

Transformacji nowotworowej na obszarze jelita grubego towarzyszy obniżenie ekspresji katalazy.

WYKORZYSTANIE METODY DERMABRAZJI LASEROWEJ W LECZENIU BLIZN POOPARZENIOWYCH W MATERIALE CŁO W LATACH 2010-2016

Danuta Pawlik-Knapik (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Maj (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Karolina Mikuś-Zagórska (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Wstęp

Blizna (cicatrix) to ostateczny wynik gojenia rany. Jeśli uszkodzenie skóry dotyczyło tylko naskórka, rana taka może zagoić się bez pozostawienia trwałego śladu. Jeżeli zaś uszkodzenie dotarło do skóry właściwej, wówczas powstały ubytek zastępowany jest włóknistą tkanką łączną. Blizna zbudowana jest ze zbitej tkanki łącznej, słabo unaczynionej, pozbawionej gruczołów łojowych i potowych. Wyjątkowo trudne do leczenia są blizny pooparzeniowe, są one z reguły rozległe, o nierównej powierzchni, zabarwieniu, często w początkowym okresie przerostowe, bolesne z resztkowymi ranami. Blizny takie wymagają kompleksowej i długotrwałej terapii. Do leczenia blizn pooparzeniowych wykorzystujemy presoterapię, maści, żele, plastry silikonowe, laseroterapię i wiele innych metod leczniczych.

Cel pracy

Blizny pooparzeniowe są trudne do leczenia, wymagają kompleksowej terapii. Dążymy do uzyskania blizny o gładkiej powierzchni, miękkiej, niebolesnej, o kolorze zbliżonym do otaczającej skóry, niepowodującej przykurczów. Bardzo istotnym elementem tej złożonej terapii jest wykorzystanie fotoabblacji laserowej.

Metodyka

W Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich zabiegi korekcji laserowej blizn pooparzeniowych stosuje się od 2007 r. W latach 2010–2016 zabiegi takie wykonano w różnych okolicach ciała u 901 pacjentów. Dermabrazja (fotoabblacja laserowa) jest metodą usuwania naskórka z powierzchniowej warstwy skóry lub blizny. Zabieg ten polega na zastosowaniu skolimowanej, spójnej i monochromatycznej wiązki światła. W stosowanym w naszym ośrodku laserze CO2 fala elektromagnetyczna o długości 10 600 nm ma powinowactwo do wody zawartej w komórkach – odparowuje ją oraz powoduje przegrzanie tkanki i, co za tym idzie, zmianę struktury kolagenu w bliznie.

nej wiązki światła. W stosowanym w naszym ośrodku laserze CO2 fala elektromagnetyczna o długości 10 600 nm ma powinowactwo do wody zawartej w komórkach – odparowuje ją oraz powoduje przegrzanie tkanki i, co za tym idzie, zmianę struktury kolagenu w bliznie.

Wyniki

Uzyskane wyniki leczenia blizn oceniono według subiektywnych odczuć pacjentów oraz metodami obiektywnymi, takimi jak ocena wygładzenia blizny, zmiany koloru czy zmiany elastyczności.

Wnioski

Zastosowanie dermabrazji laserowej w leczeniu blizn pooparzeniowych powoduje:

- 1) wygładzenie powierzchni blizny;
- 2) zwiększenie elastyczności blizny, zwiększenie zakresu ruchomości w stawach;
- 3) zbliżenie koloru blizny do koloru skóry otaczającej;
- 4) poprawę jakości życia pacjentów oparzonych.

METODA MEEK JAKO ALTERNATYWNY SPOSÓB ZAOPATRYWANIA ROZLEGŁYCH RAN OPARZENIOWYCH PRZESZCZEPEM SKÓRY WŁASNEJ W DOŚWIADCZENIU CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ IM. DR STANISŁAWA SAKIELA W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH

Karolina Ziółkowska (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Piotr Sopolski (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie; Akademia Techniczno-Humanistyczna – Bielsko-Biała)

Wstęp

Przeszczep skóry techniką MEEK stanowi szybkie i skuteczne rozwiązanie chirurgiczne rozległych oparzeń. Wychodząc naprzeciw potrzebom pacjentów, dzięki tej metodzie jesteśmy w stanie pokryć dużą powierzchnię rany przy jednoczesnym ograniczeniu pól dawczych co najmniej dwukrotnie.

Cel pracy

Przedstawienie metody MEEK jako alternatywnej metody przeszczepiania skóry w rozległych oparzeniach z jednoczesnym ograniczeniem miejsc pobrań. Metoda charakteryzująca się spreparowaniem wolnego autoprzeszczepu skóry pośredniej grubości do wysepek skórnych o kształcie kwadratów i z szybkim, wygodnym rozstawem dobranym w zależności od decyzji operatora.

Metodyka

Od stycznia 2016 r. do maja 2017 r. w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich przeprowadzono 19 zabiegów z użyciem metody MEEK. Rozstaw wysepek skórnych MEEK użyty do zabiegów wynosił od 1:3 do 1:6. Kwalifikowano pacjentów z ograniczonymi miejscami pobrań z powodu dużej powierzchni oparzenia lub retransplantacji. W grupie pacjentów znajdowało się 12 mężczyzn i 7 kobiet, w wieku od 25 do 78 lat; powierzchnia zaopatrywanego oparzenia wynosiła od 4 do 64% powierzchni ciała, zaopatrywane były głównie kończyny dolne, ale także kończyny górne oraz powłoki brzuszne, plecy i pośladki.

Wyniki

12 z 19 pacjentów wymagało ponownego zabiegu przeszczepu skóry, lecz z dużym ograniczeniem powierzchni przeszczepianej, w większości zaopatrywano pola resztkowe. U 8 pacjentów niezadowalający efekt (wgojenie się mniej niż 50% wysp skórnych) był związany z zastosowaniem oktenidyny do toalety przeszczepów. 5 pacjentów zmarło w trakcie hospitalizacji, wszystkie zgony nastąpiły w wyniku powikłań choroby oparzeniowej.

Wnioski

Przeszczepy skóry metodą MEEK zapewniają rzetelny i bardzo wydajny sposób pokrycia dużych ran oparzeniowych z ograniczeniem powierzchni pól dawczych autoprzeszczepu i są obecnie rutynowo stosowane w naszym ośrodku. Systematyczne użycie tej metody owocuje dobrymi efektami ogólnymi, zmniejszeniem liczby zabiegów, a tym samym zwiększeniem komfortu pacjenta i skróceniem długości pobytu w szpitalu.

STOSOWANIE LUDZKIEGO NANERWIA JAKO ALLOGENNEGO KONDUITU W NOWEJ METODZIE REGENERACJI UBYTKÓW NERWÓW OBWODOWYCH - WSTĘPNE SPRAWOZDANIE

Marcin Strojny (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Maria Siemionow (Department of Orthopaedics University of Illinois at Chicago – Chicago)

Wojciech Malewski (Klinika Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock – Otwock)

Joanna Cwykiel (Department of Orthopaedics University of Illinois at Chicago – Chicago)

Wstęp

Szacuje się, że uszkodzenie nerwów obwodowych dotyczy ok. 2,8% pacjentów po urazie. Każdego roku w Stanach Zjednoczonych i Europie odbywa się blisko 100 000 operacji nerwów obwodowych. Obecnie złotym standardem w rekonstrukcji nerwów obwodowych jest autoprzeszczep nerwu. Jednak metodę tę charakteryzują liczne wady, m.in. skłonność do tworzenia nerwiaków i blizn, ograniczona dostępność czy dłuższy czas trwania zabiegu, stąd potrzeba znalezienia alternatywnej metody leczenia. W ostatnich latach zarówno konduity biologiczne, jak i syntetyczne stały się przedmiotem szczególnego zainteresowania jako alternatywne leczenie w pourazowych ubytkach nerwów obwodowych. Allograft stanowi nieograniczone źródło nanerwia, które może być wykorzystane jako bezkomórkowy i nieimmunogeny konduity między dwoma kikutami, w celu wspomagania odbudowy nerwu.

Cel pracy

Ocena nowej metody regeneracji ubytków nerwów konduity składającymi się z ludzkiego nanerwia (human Epineural Conduit – hEC) oraz terapeutycznego efektu hEC w regeneracji 20 mm ubytku nerwu kulszowego u szczura.

Metodyka

U 18 szczurów wykonano 20 mm ubytek w prawym nerwie kulszowym. Zwierzęta podzielono na 3 grupy eksperymentalne: bez naprawy ubytku (grupa 1), z naprawą ubytku autografem (grupa 2) oraz z naprawą ubytku przy użyciu hEC (grupa 3). Następnie badano funkcje czucia (ang. pinprick) i ruchu (ang. toe-spread) w 1., 3., 6., 9. i 12. tygodniu po zabiegu, celem oceny regeneracji nerwu. Po 12 tygodniach pobrano próbki nerwu celem wybarwienia go błękitem toluidynowym oraz oceny immunoekspresji GFAP, NGF, S-100 i lamininy B. Za pomocą stosunku pomiędzy wagą prawego i lewego mięśnia brzuchatego (Gastrocnemius Muscle Index-GMI) oceniano zanik mięśni kończyny z powodu denerwacji.

Wyniki

Ocena makroskopowa przeprowadzona po 12 tygodniach wykazała zachowanie kształtu konduity wraz z dobrym unaczynieniem oraz brak zrostów w obrębie otaczających tkanek

i miejscowego zapalenia. Największą poprawę funkcji czucia i ruchu zaobserwowano

w grupie 2, a następnie kolejno w 3 i 1 (pinprick 3,0 vs 2,0 vs 0,57; toe-spread 1,83 vs 1,0 vs 0,14). Najlepsze wyniki GMI odnotowano w grupie 2 (0,346), a następnie w 3 (0,274) i 1 (0,172). Obecnie trwają badania nad barwieniem toluidynowym i immunoekspresją.

Wnioski

Potwierdzono skuteczność allogennego hEC w leczeniu ubytków nerwów obwodowych. hEC pozwala ominąć wiele wad autogennych przeszczepów i stanowi możliwą alternatywę dla dotychczasowego leczenia.

OPERACJE PLASTYCZNE U PACJENTÓW PO LECZENIU BARIATRYCZNYM

Agnieszka Wasilewska (Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej – Łęczna)

Jerzy Strużyna (Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej – Łęczna)

Ryszard Mądry (Wschodnie Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej – Łęczna)

Wstęp

Masywna utrata ciężaru ciała (ang. massive weight loss – MWL), po zabiegu chirurgicznym, w wyniku diety lub ćwiczeń, jest opisywana jako utrata przekraczająca 20 kg c.c. Pojawienie się coraz większej liczby pacjentów z MWL przyczyniło się do opracowania innowacyjnych technik, których celem jest usunięcie nadmiaru przerośniętych fałdów skórno-tłuszczowych.

Do operacji plastycznych w ramach chirurgii postbariatrycznej należą według częstości wykonywania: abdominoplastyka, korekcja opadniętych piersi u kobiet i pseudoginekoma-stii u mężczyzn, a także korekcja ramion, ud i pośladków. W pracy opisano przygotowanie pacjentów do poszczególnych zabiegów, przeciwwskazania, opiekę pooperacyjną i powikłania.

Pacjenci zakwalifikowani do operacji powinni osiągnąć swoją docelową wagę i utrzymywać ją przez co najmniej 3 miesiące. Zwykle jest to okres 12–18 miesięcy po operacji bariatrycznej. BMI < 35 kg/m² jest akceptowalne, natomiast BMI > 35 kg/m² wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia komplikacji. Powikłania po plastyce redukcyjnej powłok jamy brzusznej można podzielić na miejscowe wczesne i późne oraz ogólnoustrojowe.

- 1) Powikłania miejscowe wczesne to: krwiak, surowiczak, zakażenie rany, rozejście się rany.
- 2) Powikłania późne to: asymetria blizny i kształtów, tzw. psie uszy, zmiana strumienia moczu.
- 3) Powikłania ogólnoustrojowe to: zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, zbyt duża lub zbyt mała ilość wyciętych tkanek, nawrót obwistości powłok.

Większość powikłań po korekcji ramion jest klasyfikowana jako tzw. powikłania małe, dużym natomiast powikłaniem jest m.in. widoczna obszerna oraz długo dojrzewająca blizna. Największym powikłaniem plastyki ud jest powstanie obrzęku limfatycznego. Po operacji deformacji piersi spowodowanej masywną utratą masy ciała najczęściej dochodzi do rozejścia się szwów na „linii potrójnego łączenia“, powstania surowiczaka, krwiaka, asymetrii piersi, tzw. psich uszu oraz zmiany czucia w obrębie brodawki. Do najczęstszych powikłań leczenia przerostu piersi w przebiegu MWL u mężczyzn należą: zaburzenia gojenia, krwiak, surowiczak, zakażenie, asymetria, bliznowacenie, zła lokalizacja kompleksu brodawka-otoczka (KBO), deformacja otoczki, utrata KBO oraz zbyt oszczędzający zabieg.

Wnioski

Zabiegi poprawiające kształt powłok ciała po operacjach bariatrycznych są względnie bezpieczne, jeśli wykonuje się je u chorych bez zaburzeń odżywiania, ze stabilną masą ciała oraz uregulowanymi chorobami przewlekłymi.

MANAGEMENT OF POSTSTERNOTOMY MEDIASTITIS AND STERNAL OSTEOMYELITIS AFTER CARDIAC SURGERY

Alexei Protasevich (Belarusian State Medical University – Minsk)

Anatoliy Tatur (Belarusian State Medical University – Minsk)

Victor Kardis (10th Minsk City Clinical Hospital – Minsk)

Mikhail Popov (10th Minsk City Clinical Hospital – Minsk)

Nicolay Volodkovich (10th Minsk City Clinical Hospital – Minsk)

Mikhail Kudin (Belarusian State Medical University – Minsk)

Introduction

Since the introduction of median sternotomy in 1950s, deep sternal wound infection (DSWI) has remained a potentially fatal complication after open heart surgery. Despite the improvement in antibiotic treatment, modern wound care techniques, and postoperative intensive care, the mortality rate has not changed and still amounts to 10–20%. Currently, there is no consensus on the optimal DSWI treatment.

Aim

The aim of the present study was to evaluate the outcome in 72 patients treated for poststernotomy mediastinitis (52) and sternal osteomyelitis (20) after cardiac surgery between December 2013 and January 2017.

Methods

The study group consisted of 45 men (62%; mean age 61) and 27 women (38%; mean age 65). The preceding procedures were aortocoronary artery bypass (55.5%), valve replacement (14%), and combined procedures (30.5%). The risk factors were as follows: diabetes – 67%, chronic obstructive pulmonary disease – 35%, and morbid obesity – 19%. DSWI and sternal osteomyelitis were diagnosed according to ECDPC criteria. In patients with DSWI, 2-stage approach was applied. The 1st step was radical debridement involving the removal of wires and necrosectomy of soft tissue and bone and costal cartilage, followed by negative pressure wound therapy (NPWT). The wound filler was changed every 2–5 days with re-debridement and re-irrigation. When there were no longer signs of infection and reduction of systemic and local inflammation had been observed, NPWT was discontinued. The 2nd stage included wound closure with resection of injured bone and cartilage and original muscle flap plasty (bilateral pectoral muscle flaps and rectus muscle flaps).

Subtotal sternumectomy with resection of anterior parts of the 2nd–7th ribs was performed in 33 patients. In the remaining 32 cases, partial resection of sternum and infected ribs was executed.

Results

Of 52 patients diagnosed with DSWI, 7 patients died before radical surgical treatment. The cause of death was thromboembolism (1), septic multiple organ failure (3), and aortic major bleeding due infectious erosion (3).

The postoperative mortality rate among patients diagnosed with sternal osteomyelitis was 6% (4 patients), and the recurrence rate – 12.5% (9 patients). The postoperative complications occurred in 35% of the cases.

Conclusions

Treatment of DSWI and sternal reconstruction still poses a complex therapeutic challenge. The 2-stage approach including NPWT and bilateral combined thoracomyoplasty is an effective way of management of poststernotomy mediastinitis, allowing to improve the results of treatment.

ANALIZA WCZESNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA ZGONU OPARZONYCH

Agnieszka Surowiecka-Pastewka (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Wojciech Witkowski (Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Cel pracy

Celem badania było określenie wczesnych markerów, klinicznych i laboratoryjnych, prognozowania ryzyka zgonu u oparzonych.

Metodyka

Dokonano retrospektywnej analizy 842 oparzonych termicznie (płomieniem, parą wodną, wrzątkiem) hospitalizowanych w latach 2012 i 2013 w 2 ośrodkach: Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich (CLO) oraz na Oddziale Klinicznym Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie (WIM). Rozległość oparzenia, wyrażoną procentem całkowitej powierzchni ciała oceniano zgodnie z kartą Lunda i Browdera. Każdorazowo podejrzenie oparzenia dróg oddechowych było weryfikowane badaniem bronchoskopowym. Do analizy włączono parametry życiowe pacjentów zebrane w chwili przyjęcia do Ośrodka. Były to: ciśnienie skurczowe i rozkurczowe krwi, częstość tętna, liczba oddechów na minutę, ciepłota ciała, masa ciała i wzrost, z których wyliczono BMI. W pracy oceniano wyniki wybranych badań laboratoryjnych. Dla każdej ze zmiennych analizowano wpływ na przeżycie (test nieparametryczny dla grup niezależnych Manna-Whitney'a).

Wyniki

Czynnikami mającymi istotny statystycznie wpływ na przeżycie okazały się (na podstawie analizy jedno- i wieloczynnikowej): zaawansowany wiek ($p < 0,001$, OR = 1,04), powierzchnia oparzenia głębokiego ($p < 0,001$, OR = 1,1) oraz niskie ciśnienie skurczowe ($p < 0,001$, OR = 0,96), niskie stężenie białka całkowitego ($p < 0,001$), hiperglikemia ($p < 0,001$), leukocytoza ($p < 0,001$), hemokoncentracja wyrażona podwyższonym hematokrytem i stężeniem hemoglobiny ($p < 0,005$).

Wnioski

Wraz z rozwojem kombustiologii poprawia się przeżycie oparzonych i coraz więcej parametrów wpływa na ryzyko zgonu. Na podstawie uzyskanych wyników zasadnym wydaje się stosowanie do oceny oparzonych metod bazujących na skalach APACHE II czy SOFA.

1074

ALKOHOLIZM, OTYŁOŚĆ, CUKRZYCA I INNE WYBRANE CZYNNIKI PREDYKCYJNE WPLYWAJĄCE NA PRZEŻYCIE CHORYCH OPARZONYCH. ANALIZA 105 PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W 2015 ROKU W CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ

Diana Kitala (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Agnieszka Kłama-Baryła (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Wojciech Łabuś (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Małgorzata Kraut (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Nowak (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Wstęp

Uważa się, że wiek, płeć pacjenta, jak również przyczyna oparzenia, stwierdzone oparzenie dróg oddechowych oraz powierzchnia oparzenia są ważnymi czynnikami pozwalającymi estymować zarówno czas hospitalizacji pacjentów, jak i śmiertelność. Stwierdzono większą liczbę zgonów wśród pacjentów starszych, co tłumaczone jest upośledzonym procesem gojenia ran. Hormony płciowe odgrywają ważną rolę w związanym ze starzeniem organizmu upośledzeniem gojenia ran. W grupie starszych, mężczyźni wykazują opóźnione gojenie ran

w stosunku do kobiet. Częściowym wytłumaczeniem tego zjawiska jest wpływ żeńskich estrogenów na proces gojenia ran, poprzez regulowanie m.in. genów związanych z produkcją macierzy. Kolejnym czynnikiem wpływającym negatywnie na proces gojenia jest cukrzyca. Należy również wspomnieć o niekorzystnym wpływie otyłości na proces gojenia. Odnotowano większą liczbę zakażeń pooperacyjnych u osób otyłych, powodowanych ograniczonym przez tkankę tłuszczową docieraniem antybiotyków do rany oraz przetrwałym stanem zapalnym w tkance podskórnej. Ekspozycja na alkohol w momencie urazu zwiększa zarówno ryzyko infekcji, jak i ryzyko zgonu. Podsumowując, istnieje wiele czynników, które mogą mieć wpływ na przeżycie oparzonych chorych.

Cel pracy

Praca ta ma na celu ocenę wpływu takich czynników jak otyłość, cukrzyca, zespół zależności alkoholowej, oparzenie dróg oddechowych na ryzyko zgonu pacjentów i konfrontację tych czynników z pewnymi estymatorami przeżycia, takimi jak wiek i procent oparzenia.

Metodyka

Do badania włączani byli wszyscy przyjmowani pacjenci z rozpoznaniem oparzeniem od 1 stycznia do 1 czerwca 2015 r. Ocenie poddawano wiek pacjenta, płeć, %TBSA, powód urazu, upojenie alkoholowe przy urazie, stwierdzony zespół zależności alkoholowej, oparzenie dróg oddechowych, cukrzycę oraz BMI. W badaniu wykorzystano model proporcjonalnego ryzyka Coxa.

Wyniki

Wraz z wzrostem powierzchni oparzenia o 1% zwiększa się ryzyko zgonu o 10% ($p < 0,01$). Rodzaj oparzenia nie wpływa na przeżycie oparzonych chorych, podobnie jak powód urazu ($p \geq 0,05$). Śmiertelność w grupie chorych z niestwierdzonym oparzeniem dróg oddechowych wynosiła 2%, natomiast w grupie z bronchoskopowo potwierdzonym oparzeniem 19%. ZZA zwiększa ryzyko zgonu dwunastokrotnie.

Wnioski

Mężczyźni powyżej 50. r.ż. o dużej powierzchni oparzenia, ze stwierdzonym oparzeniem dróg oddechowych i zespołem zależności alkoholowej, powinni podlegać szczególnemu monitorowaniu ze względu na bardzo wysokie ryzyko zgonu.

ENZYMATYCZNA DEMARKACJA RAN OPARZENIOWYCH W DOŚWIADCZENIU CENTRUM LECZENIA OPARZEŃ IM. DR STANISŁAWA SAKIELA W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH

Karolina Ziółkowska (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiele – Siemianowice Śląskie)

Piotr Sopolski (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiele – Siemianowice Śląskie)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiele – Siemianowice Śląskie; Akademia Techniczno-Humanistyczna – Bielsko-Biała)

Wstęp

Standardem w opracowywaniu ran oparzeniowych nadal jest demarkacja chirurgiczna. Wiąże się ona często z niedostatecznym lub nadmiernym usuwaniem tkanek. Wynika to z faktu, iż operator nie jest w stanie z dokładnością mikroskopową ocenić żywotności tkanki. Inaczej jest w przypadku demarkacji enzymatycznej. W metodzie z użyciem preparatu Nexobrid, zawierającego enzymy proteolityczne, w założeniu usuwana jest tylko martwa tkanka,

w rezultacie zostaje nienaruszona tkanka żywa, przygotowana bezpośrednio do dalszego etapu leczenia, jakim jest pokrycie rany przeszczepem lub innym preparatem skóry.

Cel pracy

Przedstawienie metody enzymatycznej demarkacji ran oparzeniowych jako korzystnej metody oczyszczenia ran z zaznaczeniem, że najlepsze efekty uzyskuje się dla oparzeń w stopniu IIb okolicy rąk bądź kończyn u pacjentów stosunkowo młodych i nieobciążonych internistycznie.

Metodyka

Od grudnia 2016 r. do maja 2017 r. w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich enzymatyczną demarkację przeprowadzono u 8 pacjentów. Powierzchnia oparzenia wynosiła od 7 do 70% (w tym przypadku preparat Nexobrid użyto na 15% powierzchni oparzonej). Wśród pacjentów było 3 mężczyzn i 5 kobiet, w wieku od 31 do 91 lat. Zabieg przeprowadzono zgodnie z procedurą, stosując aplikację preparatu na rany, a następnie po 4 godzinach usunięcie preparatu razem ze zdemarkowanymi tkankami.

Wyniki

U 4 pacjentów demarkacja enzymatyczna wystarczyła całkowicie, aby oczyścić rany i przygotować je do zaopatrzenia przeszczepem auto- lub allogenicznym lub substytutem skóry (preparat Suprathel). U 4 pacjentów wystąpiła wtórna martwica, którą oczyszczano w tradycyjny sposób – chirurgicznie. U pacjentów z oparzeniami rąk za pomocą Nexobridu udało się oczyścić rany oparzeniowe ostatecznie i wygoić je, zaopatrując preparatem Suprathel lub przeszczepem skóry pośredniej grubości. 3 pacjentów ze względu na liczne obciążenia dodatkowe oraz dużą powierzchnię oparzenia zmarło w trakcie hospitalizacji bez uzyskania wygojenia się ran oparzeniowych.

Wnioski

Enzymatyczna demarkacja ran oparzeniowych jest metodą bardzo skuteczną, pomagającą szybko usunąć martwicze tkanki, odsłaniając dno rany gotowe do naskórkowania bądź przyjęcia przeszczepu. Efektem jest skrócenie okresu demarkacji i przygotowania rany do dalszego leczenia nawet o kilkanaście dni, co jest pożądane zarówno z punktu widzenia komfortu pacjenta, jak i ekonomii ośrodka leczącego.

NEKREKTOMIA ENZYMATYCZNA JAKO ALTERNATYWA TRADYCYJNYCH METOD LECZENIA RAN W ODDZIAŁACH OPARZENIOWYCH

Jakub Nowakowski (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Karol Szymański (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Jerzy Sikorski (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Krzysztof Słowiński (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Wstęp

Choroba oparzeniowa stanowi ogromne wyzwanie dla zespołu terapeutycznego. Alternatywę do klasycznych metod usuwania martwicy stanowi nekrektomia enzymatyczna z zastosowaniem preparatu NexoBrid®.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie wpływu zastosowania leku NexoBrid® na skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów na Oddziale Leczenia Oparzeń.

Metodyka

W Klinice Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu od 1 czerwca 2016 r. do 1 maja 2017 r. preparatem NexoBrid® leczono 6 pacjentów.

Wyniki

Analizie poddano pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Leczenia Oparzeń w okresie od 1 czerwca 2016 r. do 1 maja 2017 r. Preparat NexoBrid® stosowano na rany oparzeniowe mozaikowe (II/III stopień) o powierzchni od 5% do maksymalnie 8% TBSA. W 2 przypadkach zastosowano jednoczesowe przyłożenie przeszczepów skóry autogennej pośredniej grubości, uzyskując pełne wyleczenie rany oparzeniowej po 10 dniach. U 2 pacjentek po zastosowaniu preparatu NexoBrid® na ranę oparzeniową zaobserwowano tendencję do samoistnego wygojenia się ran, z czego u 1 doszło do całkowitego pokrycia rany naskórkiem w ciągu 8 dni, u drugiej 80% powierzchni rany poddanej enzymatycznej nekrektomii wygoiło się samoistnie w ciągu 14 dni, pozostałą powierzchnię pokry-

to przeszczepami skóry pośredniej grubości. U pozostałych 2 pacjentów rany oczyszczone metodą enzymatyczną pokryto przeszczepami w trybie odroczonego, uzyskując pełne ich wygojenie. W 2 przypadkach wystarczył pojedynczy zabieg nekrektomii enzymatycznej, z czego w 1 wykonano jednoczasowo przeszczep skóry autogennej. Okres gojenia ran leczonych z zastosowaniem techniki nekrektomii enzymatycznej wyniósł średnio 15 dni, natomiast średni czas leczenia ran oparzeniowych tradycyjnymi technikami operacyjnymi to 32 dni. W 2 na 6 przypadków leczonych preparatem NexoBrid® uniknięto konieczności stosowania przeszczepów skóry pośredniej grubości.

Wnioski

Nekrektomia enzymatyczna pozwala uniknąć operacji okaleczających i oszpecających pacjentów, stąd też powinna być wykorzystywana w leczeniu ran oparzeniowych okolic eksponowanych i szczególnie istotnych z punktu widzenia funkcjonalnego. Stosowanie preparatu NexoBrid® na Oddziale Leczenia Oparzeń pozwoliło skrócić czas terapii ran oparzeniowych o ponad połowę w stosunku do okresu leczenia ran metodami tradycyjnymi (od 15 do 34 dni).

ZASTOSOWANIE NOWOCZESNYCH OPATRUNKÓW W LECZENIU TRUDNOGOJĄCYCH SIĘ RAN

Jakub Nowakowski (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Marcin Strojny (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Karol Szymański (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Krzysztof Słowiński (Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Wstęp

Szczególną rolę w procesie leczenia ran przewlekłych odgrywają właściwie dobrane opatrunki. W Klinice Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej zwrócono szczególną uwagę nie tylko na skuteczność w działaniu przeciwko drobnoustrojom, ale również na wygodę aplikacji oraz komfort pacjenta związany ze zmianą opatrunku. Jednym z opatrunków spełniającym wyżej wymienione oczekiwania jest Urgotul Silver.

Cel

Celem pracy jest wykazanie korzyści wynikających ze stosowania opatrunku Urgotul Silver w leczeniu trudno gojących się ran na przykładzie przypadku klinicznego.

Opis przypadku

Pacjent 40 lat, przekazany z innego ośrodka, hospitalizowany w Klinice w od 10 października 2016 r. do 15 grudnia 2016 r. z powodu rozległej rany płatowej powierzchni grzbietowej ręki i przedramienia prawego z ubytkiem skórno-mięśniowym oraz z ekspozycją ścięgien i kości. W Klinice ranę ponownie oczyszczono ze zdewitalizowanych tkanek, następnie przez 14 dni stosowano opatrunek hydrowłóknikowy ze srebrem (AquacellAg), uzyskując zadowalające rezultaty w zakresie utrzymania czystości rany; nie uzyskano jednak satysfakcjonujących wyników w zakresie wypełnienia rany tkanką ziarninową (utrzymująca się ekspozycja ścięgien na powierzchni rany). Na kolejnym etapie leczenia stosowano opatrunek Urgotul Absorb przez 14 dni ze zmianą opatrunku co 7 dni. Uzyskano ranę wyziarninowaną z całkowitym pokryciem struktur kostnych i ścięgniastych tkanką ziarninową. Ze względu na infekcję rany *Acinetobacter baumannii* zmieniono opa-

trunek na Urgotul Silver. Opatrunek stosowano przez 14 dni ze zmianą co 4 dni. Uzyskana w ten sposób powierzchnia rany nadawała się do pokrycia przeszczepem skóry pośredniej grubości. Zabieg wykonano w 43. dobie hospitalizacji. Uzyskano pełne wgojenie przeszczepu chronionego przez 14 dni opatrunkiem Urgostart Contact. W kontrolnych badaniach MR i USG nie wykazano stanu zapalnego oraz bliznowacenia w obrębie struktur ścięgniastych.

Wnioski

Wykorzystanie nowoczesnych opatrunków w leczeniu trudno gojących się i zakażonych ran znacznie poprawia efekty terapii, pozwala na ograniczenie liczby interwencji chirurgicznych, zapewnia większy komfort pacjentowi oraz pozwala na wczesne rozpoczęcie rehabilitacji. Zaobserwowano wpływ stosowanych opatrunków na zmniejszenie powstawania przerośniętej tkanki ziarninowej, co najprawdopodobniej wynika z ograniczenia produkcji złego typu kolagenu.

POWIKŁANIA OPARZEŃ SPOWODOWANYCH PRĄDEM ELEKTRYCZNYM - OPISY PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Przemysław Strzelec (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Piotr Wróblewski (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Trzaska (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Nowak (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Cel pracy

Ocena skutków i możliwych powikłań oparzeń spowodowanych prądem elektrycznym.

Opis przypadków

W pracy przedstawiono przykłady 2 chorych leczonych w OIT ośrodka z powodu oparzenia elektrycznego i porażenia prądem.

Opisywani pacjenci to osoby w wieku 19–21 lat, u których oprócz oparzenia elektrycznego doszło do porażenia prądem wysokonapięciowym o porównywalnym napięciu. Skutki porażenia prądem i towarzyszące im oparzenia elektryczne, pomimo bardzo podobnego mechanizmu działania, były w obydwu przypadkach zupełnie inne.

Oprócz oparzenia termicznego, porażenia prądem wysokonapięciowym u pacjentów doszło do upadku z wysokości z następowym stłuczeniem płuc. U 1 z pacjentów skutki wypadku związane były głównie z porażeniem prądem elektrycznym i wynikały w głównej mierze z przepływu prądu przez tkanki z zatrzymaniem krążenia, ze skuteczną reanimacją, i masywnego obrzęku mózgu utrzymującego się ponad 10 dni. U pacjenta zdiagnozowano oparzenie dróg oddechowych. Drugi pacjent doznał oparzenia elektrycznego II–IV° i porażenia prądem wysokonapięciowym. Wartości enzymatyczne były znacznie niższe niż u pierwszego pacjenta. U pacjenta wykluczono oparzenie dróg oddechowych.

Oba przypadki wymagały wielokrotnych zabiegów operacyjnych związanych z oparzeniem. Stan neurologiczny jednego z pacjentów określono jako wegetatywny, a pacjent wymagał całodobowej opieki medycznej. U drugiego pacjenta następstwa i powikłania dotyczyły skutków oparzenia termiczno-elektrycznego. Pacjent opuścił szpital w pełnym kontakcie logicznym, wydolny oddechowo i krążeniowo.

Wnioski

- 1) Skutki przepływu prądu wysokonapięciowego wymagają zawsze leczenia wielospecjalistycznego.
- 2) Obraz kliniczny i przebieg leczenia mogą być diametralnie różne pomimo bardzo podobnego mechanizmu urazu.
- 3) Każde oparzenie elektryczne należy kwalifikować do grupy ciężkich oparzeń.

RESUSCYTACJA PŁYNOWA W OKRESIE WSTRZĄSU OPARZENIOWEGO

Przemysław Strzelec (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Piotr Wróblewski (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Trzaska (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Nowak (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Kawecki Marek (Centrum Leczenia Oparzeń im dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Wstęp

W pracy przedstawiono najnowsze zasady resuscytacji płynowej oparzonych.

Cel pracy

Porównanie zasad resuscytacji płynowej oparzonych opartych na różnych regułach przetoczeniowych.

Metodyka

Porównano 2 najbardziej popularne i zalecane obecnie przez towarzystwa oparzeniowe metody resuscytacji płynowej oraz przedstawiono patomechanizm wstrząsu oparzeniowego w pierwszych dobach po urazie. Wstrząs oparzeniowy powstaje na skutek gwałtownych przemian, do których dochodzi na skutek zaburzeń wydzielania wewnętrznego i powstania tzw. burzy cytokinowej. Zmiany te najbardziej nasilone są w pierwszych godzinach od urazu (8–12. godziny). Uwalniane są histaminy, serotoniny i bradykininy, następnie prostaglandyny i tromboksany. Skutkuje to wzrostem przepuszczalności naczyń włosowatych i narastaniem obrzęków. Na skutek ucieczki płynów do przestrzeni pozanaczyniowej powstaje wstrząs oparzeniowy, który oprócz obrzęków uogólnionych objawia się spadkiem objętości osocza, obniżeniem rzutu serca, wzrostem systemowego oporu naczyniowego ze spadkiem przepływu obwodowego.

Zmiany w przepuszczalności naczyń prowadzą także do ucieczki białka do przestrzeni pozanaczyniowej. Na skutek tych zmian osocze nie ma lub ma niewielką zdolność adsorpcji i utrzymania wody w naczyniach.

Wyniki

Większość ośrodków oparzeniowych stosuje regułę Parkland lub Brooke'a. Zbyt duża objętość przetoczonych płynów może nasilać objawy wstrząsu oraz powodować obrzęk mózgu, obrzęk niekardiogeny płuc, tkanek miękkich i narządów jamy brzusznej. Stosowanie w resuscytacji płynowej albumin, osocza świeżo mrożonego w świetle obecnych doniesień jest nieuzasadnione w 1. dobie po urazie.

Wnioski

- 1) Prawidłowa płynoterapia zapewnia utrzymanie ciśnienia tętniczego na odpowiednim poziomie utrzymującym perfuzję tkankową.
- 2) Należy monitorować diurezę godzinową i ciśnienie tętnicze w pierwszych 2–3 dobach oparzenia.
- 3) Należy kontrolować poziom elektrolitów (sód, potas, wapń) i dobierać płyny w zależności od ich poziomu.

PRACA POGLĄDOWA. OPARZENIE JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

Przemysław Strzelec (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Piotr Wróblewski (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Michał Werner (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Piotr Sopolski (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Nowak (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Wstęp

W pracy omówiono ciężko oparzonego jako chorego, którym powinien zajmować się wielospecjalistyczny zespół lekarzy, i wskazano rolę tego zespołu w procesie leczenia.

Cel pracy

Wykazanie, że pacjenci z ciężkimi oparzeniami wymagają leczenia z udziałem zespołu multidyscyplinarnego w ośrodkach specjalistycznych.

Metodyka

Leczenie ciężko oparzonego powinien prowadzić zespół interdyscyplinarny, w skład którego powinni wchodzić lekarze różnych specjalności: chirurg, anestezjolog, okulista, nefrolog, specjalista rehabilitacji, internista, chirurg plastyk. Pacjenci z tej grupy wymagają bardzo często:

- 1) wielokrotnych zabiegów operacyjnych: fasciotomii, escharotomii, nekrektomii, przeszczepów skóry;
- 2) leczenia powikłań choroby oparzeniowej wymagających doraźnych i odroczonego zabiegów, w tym z zakresu chirurgii plastycznej;
- 3) stosowania nowoczesnych metod chirurgicznych i opatrunków specjalistycznych.

Równocześnie wymagają bardzo intensywnego leczenia współistniejących zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, leczenia oparzeń dróg oddechowych, oczu, odpowiedniej antybiotykoterapii, leczenia żywieniowego i chorób towarzyszących.

Wyniki

Leczenie pacjenta ciężko oparzonego, zwłaszcza w pierwszych dobach od urazu, wymaga specjalistycznej wiedzy i umiejętności oraz współdziałania lekarzy różnych specjalizacji

w wyspecjalizowanych oddziałach.

Wnioski

- 1) Interdyscyplinarnym zespołem terapeutycznym w oparzeniach powinien kierować chirurg.
- 2) W leczenie pacjenta ciężko oparzonego zaangażowani oprócz chirurga muszą być lekarze innych specjalności mający doświadczenie w leczeniu oparzeń: anestezjolog, internista, nefrolog, ortopeda, okulista, psychiatra.
- 3) Pacjent z ciężkim oparzeniem po zaopatrzeniu innych urazów musi być przekazany do ośrodka wyspecjalizowanego w leczeniu oparzeń.

PRZEGLĄD PROCEDUR USUWANIA KOMÓREK Z TKANEK WLECZENIU OPARZEŃ

Wojciech Łabuś (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Justyna Glik (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie; Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Mariusz Maj (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Agnieszka Klama-Baryła (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Diana Kitala (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Małgorzata Kraut (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Mariusz Nowak (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie)

Marek Kawecki (Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela – Siemianowice Śląskie; Akademia Techniczno-Humanistyczna – Bielsko-Biała)

Wstęp

Duża liczba skutecznych procedur medycyny regeneracyjnej (mająca na celu rekonstrukcję uszkodzonych tkanek, ich odbudowę oraz powrót funkcjonalności) może opierać się użyciu pozbawionych komórek materiałów składających się z macierzy pozakomórkowej (ang. Extracellular matrix – ECM) lub poszczególnych elementów składowych ECM. Jako głównie wymieniane metody usuwania komórek można wyróżnić metody chemiczne (detergenty, kwasy, zasady, związki chelatujące, roztwory hipertoniczne i hipotoniczne), fizyczne (zamrażanie, sonikacja, agitacja, mechaniczne usuwanie), biologiczne (enzymy) i mieszane, które synergicznie łączą efektywność wyżej wymienionych metod. Należy podkreślić, że zachowanie naturalnej nanostruktury, składu oraz właściwości opracowywanej ECM podczas procesu usuwania komórek jest wysoce pożądane.

Metodyka

Używając słów kluczowych związanych z usuwaniem komórek z tkanek, pozbawionymi komórek przeszczepami skóry właściwej oraz leczeniem oparzeń, wykonano przegląd literatury oraz przeanalizowano dostępne medyczne bazy danych (NCBI MedLine, Clinical Key, Clinicaltrials.gov i MedlinePlus).

Wyniki

Wszystkie zaproponowane metody usuwania komórek z tkanek (np. skóry) często powodują zaburzenia składu i struktury ECM i prawdopodobną utratę ważnych składników macierzy.

Wnioski

Pomimo że pozbawione komórek matryce ECM (np. bezkomórkowe matryce skóry) są generalnie klasyfikowane jako wyroby medyczne, nie istnieją powszechnie zaakceptowane lub określone prawnie kryteria kontroli jakości/oceny otrzymanych matryc. Należy opracować tego typu kryteria.

SERIA 200 KOLEJNYCH NIEPOWIKŁANYCH LAPAROSKOPOWYCH OPERACJI OMEGA LOOP GASTRIC BY-PASS - WYNIK STANDARYZACJI PROCEDURY OPARTEJ NA ANALIZIE RYZYKA

Justyna Bigda (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Łukasz Kaska (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Monika Proczko-Stepaniak (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Marta Stankiewicz (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Zakład Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Dominika Babińska (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Katarzyna Zawadzka (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Paweł Twardowski (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Centrum Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Jedną z odmian ominięcia żołądkowo-jelitowego, Mini Gastric Bypass, staje się ostatnio coraz bardziej popularną, malabsorbującą operacją bariatryczną. Jej modyfikacja, wzbogacona o mechanizmy antyrefluksowe, Omega Loop Gastric Bypass (OLGB), stanowi przykład konsekwentnej ewolucji metody. Ze względu na stosunkowo krótką krzywą uczenia w porównaniu do powszechnie stosowanego ominięcia żołądkowo-jelitowego sposobem Roux-en-Y (RYGB), możliwość wykonania operacji sposobem małoinwazyjnym oraz satysfakcjonujące wyniki bliskie i odległe OLGB jawić się może jako procedura niezwykle atrakcyjna zarówno dla pacjentów, jak i dla chirurgów. W miarę wzrastającego uznania metody proporcjonalnie wzrasta ryzyko powikłań, zwłaszcza, gdy bywa wykonywana przez niedoświadczony zespół.

Cel pracy

Opracowanie standardu wykonywania OLGB opartego na analizie ryzyka, wynikającej z doświadczeń innych ośrodków oraz własnych.

Metodyka

Na podstawie danych literaturowych, stażów klinicznych w ośrodkach bariatrycznych oraz analizie własnego materiału ponad 300 operacji OLGB autorzy szczegółowo opisali procedurę bariatryczną, identyfikując potencjalne zagrożenia na poszczególnych etapach procesu, oraz przedstawili propozycję szeregu działań zapobiegawczych i innowacji, mających na celu zredukowanie ryzyka powikłań śród- i pooperacyjnych.

Wyniki

Konsekwentne zastosowanie działań zapobiegawczych w całym procesie bariatrycznym, w trakcie przygotowania, kwalifikacji, operacji OLGB oraz postępowania pooperacyjnego, wpłynęło na niepowikłany przebieg pooperacyjny u 200 kolejno operowanych pacjentów.

Wnioski

Analiza ryzyka oraz stworzony na jej podstawie standard postępowania może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka powikłań okołoperacyjnych oraz wpłynąć na skrócenie krzywej uczenia w ośrodkach stosujących OLGB.

CZYNNIKI RYZYKA PRZEDŁUŻONEJ HOSPITALIZACJI PO LAPAROSKOPOWEJ ADRENALEKTOMII Z DOSTĘPU PRZEZOTRZEWNOWEGO BOCZNEGO

Jadwiga Dworak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Natkaniec (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Krzysztof Przęczek (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Jedną z odmian ominięcia żołądkowo-jelitowego, Mini Gastric Bypass, staje się ostatnio coraz bardziej popularną, malabsorbacyjną operacją bariatryczną. Jej modyfikacja, wzbogacona o mechanizmy antyrefluksowe, Omega Loop Gastric Bypass (OLGB), stanowi przykład konsekwentnej ewolucji metody. Ze względu na stosunkowo krótką krzywą uczenia w porównaniu do powszechnie stosowanego ominięcia żołądkowo-jelitowego sposobem Roux-en-Y (RYGB), możliwość wykonania operacji sposobem małoinwazyjnym oraz satysfakcjonujące wyniki bliskie i odległe OLGB jawić się może jako procedura niezwykle atrakcyjna zarówno dla pacjentów, jak i dla chirurgów. W miarę wzrastającego uznania metody proporcjonalnie wzrasta ryzyko powikłań, zwłaszcza, gdy bywa wykonywana przez niedoświadczony zespół.

Cel pracy

Opracowanie standardu wykonywania OLGB opartego na analizie ryzyka, wynikającej z doświadczeń innych ośrodków oraz własnych.

Metodyka

Na podstawie danych literaturowych, stażów klinicznych w ośrodkach bariatrycznych oraz analizie własnego materiału ponad 300 operacji OLGB autorzy szczegółowo opisali procedurę bariatryczną, identyfikując potencjalne zagrożenia na poszczególnych etapach procesu, oraz przedstawili propozycję szeregu działań zapobiegawczych i innowacji, mających na celu zredukowanie ryzyka powikłań śród- i pooperacyjnych.

Wyniki

Konsekwentne zastosowanie działań zapobiegawczych w całym procesie bariatrycznym, w trakcie przygotowania, kwalifikacji, operacji OLGB oraz postępowania pooperacyjnego, wpłynęło na niepowikłany przebieg pooperacyjny u 200 kolejno operowanych pacjentów.

Wnioski

Analiza ryzyka oraz stworzony na jej podstawie standard postępowania może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka powikłań okołoperacyjnych oraz wpłynąć na skrócenie krzywej uczenia w ośrodkach stosujących OLGB.

WPŁYW RÓŻNYCH PROCEDUR BARIATRYCZNYCH NA STĘŻENIE KWASÓW ŻÓŁCIOWYCH W SUROWICY

Adriana Mika (Zakład Biochemii Farmaceutycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Łukasz Kaska (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Monika Proczko-Stepaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Justyna Bigda (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Chirurgia bariatryczna prowadzi do poprawy metabolizmu glukozy i remisji cukrzycy typu 2 u operowanych pacjentów. Wśród wykonywanych procedur – resekcji mankietowej żołądka (SG), Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) oraz Omega Loop Gastric Bypass (OLGB) – ta ostatnia wykazuje największą skuteczność w redukcji insulinooporności. Inną ważną obserwacją było uzyskanie poprawy wrażliwości na insulinę już 4 dni po operacji. Wielu autorów sugeruje, że podwyższony poziom kwasów żółciowych (BA) w surowicy może wpływać na poprawę metabolizmu glukozy. Procedury bariatryczne w różnym stopniu mogą zmieniać stężenie BA w surowicy.

Cel pracy

Zbadanie wpływu zastosowania różnych procedur bariatrycznych na stężenie BA w surowicy.

Metodyka

Stężenie BA w surowicy zostało zmierzone u pacjentów z otyłością patologiczną oraz towarzyszącymi zaburzeniami w gospodarce glukozy z zastosowaniem chromatografii cieczowej i masowej spektrometrii (LC-MS) przedoperacyjnie, 4 dni oraz 3 miesiące po 3 różnych operacjach bariatrycznych – SG, RYGB i OLGB.

Wyniki

Stężenie BA nie zmieniło się znacząco po procedurze restrykcyjnej – SG, ani po 4 dniach, ani po 3 miesiącach. Stwierdzono nieznaczne obniżenie poziomu BA 4 dni po OLGB, natomiast 4 dni po RYGB obniżenie stężenia BA miało charakter znaczący. Po 3 miesiącach po obu podtypach Gastric Bypass stężenie BA w surowicy wzrosło znacząco, przy czym wzrost ten był znacznie większy u chorych po OLGB. Zmiany w stężeniu korelowały z wskaźnikiem oporności na insulinę (HOMA-IR) oraz innymi parametrami metabolizmu glukozy.

Wnioski

Wyniki sugerują, że OLGB wpływa najbardziej na zmianę parametrów charakteryzujących poprawę metabolizmu glukozy i może to być związane z wysokim stężeniem BA w surowicy. Znacząca poprawa wrażliwości na insulinę obserwowana krótko po operacji wydaje się nie być powiązana ze stężeniem BA.

RADYKALIZACJA LECZENIA BARIATRYCZNEGO PO NIESKUTECZNEJ GASTREKTOMII MANKIETOWEJ

Łukasz Kaska (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Maciej Wilczyński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Monika Proczko-Stepaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Justyna Bigda (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Maciej Kaczor (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Gastrektomia mankietowa (SG) jest obecnie jedną z najczęściej wykonywanych procedur bariatrycznych – z powodu łatwości wykonania, niskiego odsetka powikłań oraz dobrych wyników utraty masy ciała. Jednak nie u wszystkich pacjentów SG przynosi spodziewane efekty. Odnotowuje się zbyt małą utratę wagi lub ponowne przybieranie na masie. W niektórych przypadkach obserwuje się także niepełne ustępowanie chorób towarzyszących. Uzupełnienie nieskutecznej SG operacją wyłączenia jelitowego jest rutynową kontynuacją leczenia bariatrycznego. Istnieje jednak wątpliwość, która z dostępnych procedur wydaje się najbardziej właściwa.

Cel pracy

Ocena przydatności 3 procedur: rewizyjnej gastrektomii mankietowej (r-SG), rewizyjnego wyłączenia jelitowego sposobem Roux-en-Y (r-RYGB) i rewizyjnego wyłączenia jelitowego typu Omega Loop (r-OLGB).

Metodyka

Pacjentów po SG wykonanym w latach 2010–2014, z BMI > 35 lub BMI > 30, z niepełnym ustąpieniem chorób towarzyszących zakwalifikowano do kolejnej procedury bariatrycznej. W latach 2012–2017 wykonano zabiegi rewizyjne: 4 pacjentów poddano r-SG, 28 radykalizowano za pomocą r-RYGB, a 35 – przy użyciu r-OLGB. Oceniano utratę masy ciała, wyniki badań laboratoryjnych oraz ustępowanie chorób towarzyszących 1, 3, 6, 12 i 24 miesiące po zabiegu, porównując ze stanem sprzed leczenia bariatrycznego oraz sprzed leczenia rewizyjnego.

Wyniki

Nie obserwowano powikłań wymagających leczenia chirurgicznego lub interwencyjnego po zabiegach rewizyjnych. Po radykalizacji pacjenci poddani r-SG po 12 miesiącach nie uzyskali znamiennej utraty masy ciała (średnie $-\Delta\text{BMI} = 2\text{kg/m}^2$) i kierowano ich do kolejnego etapu leczenia bariatrycznego. Po 6, 12 i 24 miesiącach u pacjentów po r-RYGB i r-OLGB obserwowano istotną utratę masy ciała i ustąpienie chorób towarzyszących, w porównaniu do okresu po SG. Po 24 miesiącach stwierdzono znamienne przewagę r-OLGB nad r-RYGB w skuteczności radykalizacji SG (średnie $-\Delta\text{BMI} = 7,9\text{kg/m}^2$ vs $4,4\text{kg/m}^2$). W obu grupach chorych po operacjach rewizyjnych istniała konieczność intensyfikacji suplementacji pokarmowej z powodu porównywalnych parametrów niedoborowych.

Wnioski

Ponowne zabiegi o mechanizmie restrykcyjnym nie wykazują dostatecznej skuteczności i mogą stanowić jedynie etap do kolejnej procedury bariatrycznej u pacjentów o wysokim ryzyku. Rewizyjne zabiegi ominięcia jelitowego mogą być bezpiecznie stosowane u pacjentów po nieskutecznej SG. Długoterminowo r-OLGB jest procedurą skuteczniejszą niż r-RYGB. Konieczność wzmożonej suplementacji pokarmowej jest niezbędna.

LAPAROSKOPOWA ADRENALEKTOMIA Z DOSTĘPU PRZEZOTRZEWNOWEGO BOCZNEGO DUŻYCH GUZÓW NADNERCZA

Jadwiga Dworak (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Natkaniec (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marcin Migaczewski (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Anna Rzepa (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Adrenalektomia z dostępu laparoskopowego stanowi złoty standard leczenia łagodnych zmian nadnerczy. Wielkość guza jest czynnikiem, który może wpływać na decyzję o tym, czy operować laparoskopowo.

Cel pracy

Celem pracy była analiza wyników leczenia guzów nadnerczy o średnicy równej lub przekraczającej 6 cm.

Metodyka

Analizie poddano 2 grupy pacjentów: grupa I obejmowała 441 pacjentów z guzami o średnicy < 6 cm, grupa II składała się z 89 pacjentów z nowotworami ≥ 6 cm. Porównano obie grupy pod względem czasu trwania zabiegu, śródoperacyjnej utraty krwi, odsetek konwersji i powikłań.

Wyniki

Średni czas trwania zabiegu w grupach I i II wyniósł 86,6 i 111,9 minut ($p < 0,0001$). Mediana śródoperacyjnej utraty krwi w grupach I i II wynosiła odpowiednio 56,5 i 172,8 ml ($p < 0,0001$). Zaobserwowano liniową zależność pomiędzy wielkością guza a czasem trwania zabiegu oraz rozmiarem guza i śródoperacyjną utratą krwi ($p < 0,0001$). Odsetek konwersji wyniósł 2 (0,5%) i 6 (6,7%), odpowiednio w grupach I i II ($p < 0,0001$). W grupach I i II wystąpiło odpowiednio 41 (9,3%) i 14 (15,7%) powikłań ($p = 0,0692$).

Wnioski

Laparoskopowa adrenalektomia guzów o średnicy ≥ 6 cm jest trudniejsza w porównaniu do adrenalektomii mniejszych zmian, ale może być uważana za bezpieczną i korzystną dla pacjentów.

POOPERACYJNE FLUKTUACJE STĘŻENIA WAPNIA W PIERWSZEJ DOBIE PO RADYKALNEJ OPERACJI TARCZYCY Z POWODU NOWOTWORU NIE SĄ POWIKŁANIEM?

Marek Dedecjus (Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Piotr Góralski (Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Jacek Gałczyński (Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie – Warszawa)

Daria Kalińska (Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Elżbieta Stachlewska (Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Paulina Urban (Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie – Warszawa)

Wstęp

Podstawowym problemem generującym implikacje prawne w chirurgii staje się definicja powikłania. Słownikowa definicja terminu jest błędna; brzmie: „Powikłanie (med.) schorzenie, które powstaje wskutek m.in. innej choroby, operacji czy błędów w leczeniu” (Słownik języka polskiego PWN, 2008). W praktyce klinicznej oznacza to, że blizna pooperacyjna czy niedoczynność tarczycy po operacji tarczycy są powikłaniami – co stanowi twierdzenie nieprawdziwe. Dużo bliższa praktyce klinicznej jest definicja zaproponowana przez Pierre-Alain Clavien i brzmiąca: „Powikłanie to każde odchylenie od idealnego przebiegu pooperacyjnego, które nie jest nierozdzielnie związane z procedurą medyczną i nie jest niepowodzeniem leczenia”. Powikłaniem uważanym za najczęstsze w chirurgii tarczycy jest pooperacyjna hipokalcemia wynikająca z niedoczynności przytarczyc.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena zaburzeń gospodarki wapniowej u pacjentów po radykalnej operacji z powodu nowotworu tarczycy.

Metodyka

Analizie poddano 730 radykalnych operacji tarczycy wykonanych w Oddziale Chirurgii Endokrynologicznej Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej CO-I w Warszawie w okresie od stycznia 2015 r. do grudnia 2016 r. z rozpoznaniem (w przedoperacyjnej cytologii kategoria III, IV, V lub VI według Bethesda). U wszystkich pacjentów wykonano oznaczenia stężenia PTH i wapnia na dzień przed operacją i w 1. dobie po leczeniu operacyjnym.

Wyniki

W analizowanej grupie pacjentów wykonano całkowite wycięcie tarczycy (413), lobektomię (310), limfadenektomię (534), limfadenektomię boczną (54). Ostateczne badanie histopatologiczne potwierdziło nowotwór złośliwy u 473 pacjentów, w tym: rak brodawkowaty (401), rak pęcherzykowy (48), rak rdzeniasty (22), rak anaplastyczny (2). Liczba pacjentów, u których w badaniu histopatologicznym stwierdzono przytarczycę – 206, liczba usuniętych przytarczyc – 247. Odsetek pacjentów z PTH poniżej normy wynosił 29%, ale 86% pacjentów miało po operacji PTH niższy niż przed operacją. Odsetek pacjentów z obniżeniem stężenia wapnia w 1. dobie po operacji w porównaniu do wyjściowego stężenia wapnia sięgał 96,4% (dla wszystkich operacji – 100% (dla operacji tarczycy)).

Wnioski

Zaburzenia funkcji przytarczyc są bardzo często obserwowane po radykalnych operacjach tarczycy. Bezobjawowe fluktuacje stężenia wapnia w 1. dobie po operacji najprawdopodobniej nie są powikłaniem, lecz konsekwencją manipulacji w ich bezpośredniej bliskości w przebiegu tyreoidiektomii.

WPŁYW OPERACJI DRENAŻOWYCH TRZUSTKI, WYKONYWANYCH W LECZENIU POWIKŁANEGO PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA TRZUSTKI, NA CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CUKRZYCY W PRZEBIEGU POOPERACYJNYM

Michał Hampel (Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Marek Durlik (Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Wstęp

Operacje drenażowe mają zastosowanie w leczeniu powikłań przewlekłego zapalenia trzustki. Do podstawowych operacji tego typu zaliczamy operacje: Begera, Freya i Jurasza. Zakłada się, że mogą mieć wpływ na częstość występowania cukrzycy w przebiegu pooperacyjnym.

Cel pracy

Ocena wpływu operacji drenażowych trzustki na częstość występowania powikłania pod postacią zaburzeń funkcji wewnętrzwydzielniczej trzustki, zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

Metodyka

Analizie poddano grupę 53 pacjentów z przewlekłym zapaleniem trzustki, po operacjach drenażowych trzustki. Grupa została podzielona ze względu na rodzaj wykonywanej procedury. Przeanalizowano grupę pod kątem obecności zaburzeń węglowodanowych przed operacją i po operacji. Oceniono częstość występowania świeżo wykrytej cukrzycy w przebiegu pooperacyjnym. Uwzględniono również dane mówiące o śmiertelności wczesnej (w ciągu 30 dni od operacji). Praca docelowo zakłada również porównanie operacji drenażowych do operacji resekcyjnych w przebiegu PZT.

Wyniki

W grupie badanej dominowali mężczyźni (70%). Pacjenci poddani operacji Begera stanowili 7,5% grupy badanej. Cukrzyca została wykryta de novo w przebiegu pooperacyjnym u 25% chorych poddanych temu zabiegowi. Chorzy, u których wy-

konano operację Freya, stanowili 60% grupy. Świeżo wykryta cukrzyca wystąpiła u 7% pacjentów. W grupie chorych poddanych operacji Jurasza (32,5% całej grupy) nie zaobserwowano przypadku wystąpienia cukrzycy de novo w przebiegu pooperacyjnym. Należy zaznaczyć, że u 16 pacjentów cukrzyca była już rozpoznana przed operacją, a 60% chorych nie miało cukrzycy zarówno przed operacją, jak i po niej. Śmiertelność wczesna w przypadku grupy badanej wynosiła 0%.

Wnioski

Powyższe wyniki pokazują, że największy wpływ na gospodarkę węglowodanową, z zastosowanych metod leczenia powikłań w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki, ma operacja Begera. Operacja Begera wiąże się z istotnie statystycznie większym ryzykiem wystąpienia cukrzycy typu innego w przebiegu pooperacyjnym. Wobec tego można wysunąć wniosek, aby wedle możliwości leczenie powikłań w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki sprowadzało się do wykonywania procedury obciążonej mniejszym ryzykiem wystąpienia cukrzycy de novo, tj. wykonania operacji sposobem Jurasza lub Freya.

NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY JAKO WSKAZANIE DO PILNEJ OPERACJI TARCZYCY

Piotr Malinowski (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Wojciech Matuszewski (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Michał Grabala (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Olsztyn)

Przemysław Puskiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Olsztyn)

Joanna Rutkowska (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Elżbieta Bandurska-Stankiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Wstęp

Aktualnie większość chorych jest zdiagnozowana i leczona z powodu chorób tarczycy w trybie planowym. Nadczynność tarczycy staje się przeciwwskazaniem do przeprowadzenia operacji w trybie planowym, jednak w nielicznych przypadkach może stanowić wskazanie do leczenia operacyjnego w trybie pilnym. Przed przystąpieniem do operacji niezbędne jest przygotowanie chorego.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza wskazań do leczenia operacyjnego i przebiegu leczenia chorych, u których w trybie pilnym wykonano operacje usunięcia tarczycy z powodu jej nadczynności.

Metodyka

Dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej chorych leczonych od 1 stycznia 2015 r. do 30 marca 2017 r. w Oddziale Klinicznym Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie z powodu nadczynności tarczycy, a następnie, w ramach tej samej hospitalizacji, operowanych w Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

Wyniki

W systemie informatycznym Szpitala zidentyfikowano 8 pacjentów spełniających powyższe kryteria.

W niniejszym materiale najczęstszymi przyczynami nadczynności tarczycy były:

- choroba Gravesa-Basedowa – 63% (u 2 chorych – 25%, nadczynność tarczycy rozpoznano w ciąży);
- poamiodaronowa nadczynność tarczycy – 37%.

Wskazaniami do leczenia operacyjnego w trybie pilnym były:

- powikłania leczenia tyreostatykami lub przeciwwskazania do leczenia tyreostatycznego – 63%;
- niedostateczna skuteczność leczenia zachowawczego – 37%.

Przygotowanie do operacji obejmowało:

- przygotowanie farmakologiczne – 63%;
- przygotowanie farmakologiczne + zabiegi plazmaferezy – 37%.

U wszystkich chorych leczenie operacyjne polegało na usunięciu całego gruczołu tarczowego.

U wszystkich chorych leczenie operacyjne nadczynności było skuteczne.

Wnioski

- 1) Leczenie operacyjne nadczynności tarczycy jest ważnym sposobem postępowania w przypadku wystąpienia powikłań lub gdy leczenie zachowawcze jest nieskuteczne.
- 2) Przed przystąpieniem do leczenia operacyjnego wyrównanie nadczynności uzyskiwano metodami farmakologicznymi u części chorych w połączeniu z plazmaferezą.
- 3) Leczenie operacyjne u wszystkich chorych polegało na całkowitym usunięciu gruczołu tarczowego.
- 4) Leczenie chorych wymagało precyzyjnej współpracy endokrynologów, chirurgów, anestezjologów, kardiologów i ginekologów.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA TRUDNOŚĆ LAPAROSKOPOWEJ ADRENALEKTOMII Z DOSTĘPU PRZEZOTRZEWNOWEGO BOCZNEGO

Michał Natkaniec (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jadwiga Dworak (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marcin Dembiński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Identyfikacja pacjentów, w przypadku których laparoskopowa adrenalectomia może okazać się trudna, może pomóc w podjęciu decyzji o skierowaniu chorego do ośrodka o wyższej referencyjności.

Cel pracy

Celem pracy było określenie czynników wpływających na trudność laparoskopowej adrenalectomii z dostępu przezotrzewnowego bocznego (LTA).

Metodyka

Obserwacją objęto 275 pacjentów, u których wykonano LTA. Przeanalizowano wpływ: płci, wieku, historii zabiegów w obrębie jamy brzusznej, wskaźnika masy ciała (BMI), ryzyka znieczulenia wyrażonego w skali ASA, wielkości, lokalizacji oraz typu histologicznego guza, na parametry odzwierciedlające trudność zabiegu: czas zabiegu, śródoperacyjną utratę krwi, odsetek konwersji i powikłań.

Wyniki

W modelu wieloczynnikowej regresji logistycznej wykazano, że płeć, wielkość i złośliwy charakter guza wiązały się z dłuższym czasem zabiegu. W kolejnym modelu udowodniono, że wiek, wielkość i złośliwy charakter guza związane były z większą śródoperacyjną utratą krwi. Ponadto obliczono, że wielkość guza jest czynnikiem predykcyjnym konwersji, podobnie jak powikłań. W modelu jednoczynnikowej analizy regresji zauważono, że czynnikiem predykcyjnym powikłań może być typ histologiczny guza, lecz model wieloczynnikowy nie potwierdził tego wyniku.

Wnioski

Wiek, płeć, rozmiar i typ histologiczny guza są czynnikami wpływającymi na trudność LTA. W przypadku chorych z kombinacją powyższych czynników zabieg powinien być wykonany w ośrodku zatrudniającym specjalistów z odpowiednim doświadczeniem w małoinwazyjnej chirurgii nadnerczy.

RAK RDZENIASTY TARCZYCY W STADIUM ROZSIEWU DO WĘZŁÓW CHŁONNYCH PRZEDZIAŁU BOCZNEGO SZYI – CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ORAZ CZYNNIKI RYZYKA

Jarosław Świrta (Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej z Onkologią, Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza – Kraków)

Michał Romaniszyn (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marcin Barczyński (Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Rak rdzeniasty tarczycy jest guzem neuroendokrynnym, wywodzącym się z komórek C, stanowiąc ok. 5% nowotworów złośliwych tarczycy. Jest źródłem kalcytoniny, której stężenie w osoczu koreluje z zaawansowaniem choroby. Rak rdzeniasty charakteryzuje się zmiennym rokowaniem, przy czym do najbardziej stałych czynników wpływających na rokowanie należą stopień zaawansowania choroby i wiek pacjenta. Całkowita tyreoidektomia z limfadenektomią jest metodą z wyboru. Nowotwór nie wychwytuje jodu radioaktywnego, wobec czego zabieg chirurgiczny jest jedynym sposobem uzyskania całkowitego wyleczenia.

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania przerzutów raka rdzeniastego tarczycy do węzłów chłonnych przedziału bocznej szyi oraz identyfikacja czynników ryzyka i ewentualnych wskazań do profilaktycznej limfadenektomii bocznej.

Metodyka

Przeprowadzono retrospektywną analizę 6457 chorych operowanych w Ośrodku w latach 2008–2016. Kryterium włączenia stanowiło podejrzenie lub rozpoznanie cytologiczne raka rdzeniastego tarczycy z materiału pobranego w biopsji cienkoigłowej. Do badania zakwalifikowano 20 chorych.

Wyniki

Średni wiek chorych wyniósł 58 lat, stosunek kobiet do mężczyzn – 3 : 1. U 7 chorych (35%) stwierdzono przerzuty w węzłach chłonnych przedziału środkowego szyi, spośród nich u 6 (30%) wystąpiły przerzuty w przedziale bocznym ipsilateralnym. Stężenie kalcytoniny w grupie chorych z przerzutami do węzłów chłonnych przedziału bocznej szyi, w porównaniu z po-

zostałymi chorymi, wyniosło 3900 pg/ml (661–9647) vs 95 pg/ml (15–283) i było statystycznie istotne ($p = 0,034$). Nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem ($p = 0,67$), płcią ($p = 0,52$) oraz wielkością guza ($p = 0,67$) a zajęciem węzłów chłonnych przedziału bocznej szyi. W grupie chorych poddanych zmodyfikowanej bocznej limfadenektomii szyi wykazano większy odsetek powikłań takich jak krwawienie do rany pooperacyjnej (20%), wycięcie przytarczycy (25%) oraz pooperacyjny niedowład łańdź głośowy (20%). W grupie chorych, u których zastosowano śródoperacyjny neuromonitoring nerwów krtaniowych wstecznych (6/20), nie stwierdzono niedowładu łańdź głośowych po zabiegu.

Wnioski

Stężenie kalcytoniny oraz zajęcie węzłów chłonnych przedziału środkowego szyi są istotnymi czynnikami ryzyka zajęcia węzłów chłonnych przedziału bocznej szyi. U tych chorych należy rozważyć limfadenektomię boczną, co zwiększy szansę całkowitego wyleczenia.

PROSPEKTYWNA OCENA WYNIKÓW LECZENIA PACJENTÓW Z OTYŁOŚCIĄ PATOLOGICZNĄ PO ZASTOSOWANIU 2 TYPÓW OPERACJI WYŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO- JELITOWEGO: ROUX-EN-Y- I OMEGA LOOP-GASTRIC BY-PASS

Maciej Kaczor (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Maciej Wilczyński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Łukasz Kaska (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Monika Proczko-Stepaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Justyna Bigda (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Na podstawie długoletnich obserwacji zauważyć można, że niektórzy patologicznie otyli pacjenci, poddani operacji wyłączenia żołądkowo-jelitowego sposobem Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB), wykazują niesatysfakcjonującą utratę masy ciała, przybieranie na wadze oraz niepełne ustąpienie chorób metabolicznych. Zyskująca coraz większą popularność modyfikacja wyłączenia żołądkowo-jelitowego – Omega Loop Gastric Bypass (OLGB), naśladująca mechanizmami działania bardziej radykalne operacje bariatryczne, może wpływać intensywniej na zmiany metaboliczne zachodzące u poddanych operacji pacjentów.

Cel pracy

Celem prospektywnej pracy było porównanie krótko- i średnio-terminowych wyników pacjentów po operacjach metodą RYGB i OLGB pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa procedur.

Metodyka

Porównano 50 pacjentów otyłych patologicznie, operowanych za pomocą RYGB oraz 50 pacjentów operowanych przy zastosowaniu OLGB w latach 2013–2015. Pacjenci byli przygotowywani do zabiegu i suplementowani po operacji według tego samego schematu. Wybrane parametry laboratoryjne, masę ciała oraz dane dotyczące chorób towarzyszących oceniono wyjściowo po 1, 3, 6, 12 i 24 miesiącach.

Ostatecznie porównano jednorodną grupę: RYGB – 44, i OLGB – 47. Nieszczelność zespolenia wystąpiła po 1 przypadku w obu grupach. U 2 pacjentów po RYGB zaobserwowano zwężenie zespolenia jelitowo-jelitowego wymagające interwencji chirurgicznej. Znamienny spadek masy ciała po

obu zabiegach zaobserwowano po 3, 6, 12 i 24 miesiącach w porównaniu z wartościami wyjściowymi, jednak stwierdzono istotne różnice w utracie masy ciała na korzyść OLGB po 12 i 24 miesiącach obserwacji. U żadnego pacjenta po OLGB nie obserwowano przybierania na masie w okresie do 2 lat po operacji, podczas gdy u 3 pacjentów po RYGB zauważono przyrost większy niż 10% utraty masy ciała. U pacjentów po OLGB odnotowano istotnie większy spadek poziomu insuliny oraz poprawę indeksu oporności na insulinę (HOMA-IR) w stosunku do RYGB. Odsetek pacjentów, którzy osiągnęli całkowitą remisję cukrzycy typu 2 (T2DM), był także wyższy po OLGB, po 24 miesiącach obserwacji. Niedobory białkowe odnotowano u 6 pacjentów (RYGB – 2, OLGB – 4), przy czym 2 chorych po OLGB wymagało reoperacji. Wśród pacjentów po OLGB obserwowano większe niedobory żelaza.

Wnioski

Zarówno RYGB, jak i OLGB pozwalają na znaczną utratę masy ciała i ustąpienie zaburzeń metabolicznych. Potwierdzają się jednak właściwości OLGB jako bardziej radykalnej procedury bariatrycznej. Autorzy zwracają uwagę na konieczność usystematyzowanej opieki pooperacyjnej oraz uważnej suplementacji.

POTENCJALNIE ZŁOŚLIWY GUZ CHROMOCHŁONNY NADNERCZA – OPIS PRZYPADKU

Katarzyna Pietraszewska (Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Olsztyn)

Jakub Maroszyk (Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Olsztyn)

Wstęp

Guzy chromochłonne nadnerczy zalicza się do rzadkich nowotworów wywodzących się z komórek chromochłonnych rdzenia nadnerczy. Te wydzielające katecholaminy guzy występują z częstością ok. 300 000 przypadków rocznie – większość z nich jest łagodna, tylko 10% ma charakter złośliwy. O złośliwości zmiany mogą świadczyć cechy nowotworu takie jak wielkość guza przekraczająca 5 cm, nasilone objawy przedmiotowe, m.in. w postaci wysokich wartości ciśnienia tętniczego, lub podwyższony poziom chromograniny A w osoczu. Jedynym pewnym i powszechnie przyjętym kryterium wskazującym na złośliwy charakter guza jest obecność odległych przerzutów.

Cel pracy

Prezentowany przypadek opisuje 56-letniego pacjenta pierwotnie diagnozowanego z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych pleców.

Metodyka

W badaniu TK i MRI uwidoczniono 3-centymetrową, niejednorodną, lito-torbielowatą, dobrze odgraniczoną zmianę ogniskową w nadnerczu prawym. W toku dalszej diagnostyki wykazano niewłaściwą tolerancję glukozy oraz podwyższony poziom metanefryn w moczu. Pacjenta zakwalifikowano do adrenalektomii laparoskopowej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjent został wypisany do domu w 2. dobie po zabiegu.

Wyniki

W opisywanym przypadku niemy klinicznie przebieg, niewielki rozmiar guza oraz brak odległych przerzutów nie wskazywały jednoznacznie na jego złośliwy charakter, a o kwalifikacji do zabiegu operacyjnego zadecydowała czynność hormonalna guza. W badaniu histopatologicznym postawiono rozpoznanie złośliwego guza chromochłonnego. Szczegółowy opis hist.-pat. obejmował nacieki naczyń, torebki gruczołu oraz inwazję tkanki tłuszczowej okołonadnerczowej. Nowotwór tworzyły powiększone, pleomorficzne komórki z wyraźnymi jąderkami, a ilość punktów w skali PASS wyniosła 10.

Wnioski

W dobie ciągłego rozwoju metod diagnostycznych wczesne rozpoznanie złośliwego guza chromochłonnego nadal dostarcza wielu trudności. W literaturze dominuje pogląd, iż jedynie przerzuty odległe świadczą o potwierdzonym złośliwym charakterze nowotworu. W niektórych pracach naukowych określono czynniki morfologiczne, biochemiczne oraz genetyczne pozwalające niekiedy bliżej określić charakter guza, ale w dalszym ciągu brak jest danych naukowych wystarczających do postawienia pewnego wczesnego rozpoznania. Za leczeniem chirurgicznym przemawia wielkość guza > 5 cm i/lub potwierdzona aktywność hormonalna. Resekcja radykalna nie gwarantuje wyleczenia. Przerzuty odległe mogą ujawnić się po wielu latach nawet w przypadku guzów określonych pierwotnie jako ładne.

STAN CHIRURGII METABOLICZNEJ W POLSCE W ŚWIELE WYNIKÓW ROCZNEJ ANKIETY KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ W ROKU 2016

Maciej Matłok (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Szpital Specjalistyczny Pro-Familia – Rzeszów)

Michał Janik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Grzegorz Wallner (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 – Lublin)

Wstęp

Chirurgia metaboliczna należy do jednej z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin chirurgii ogólnej. Z każdym rokiem rośnie w Polsce liczba ośrodków wykonujących zabiegi operacyjne z tego zakresu.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie liczby ośrodków wykonujących zabiegi z zakresu chirurgii metabolicznej w Polsce, a także określenie liczby i typów wykonywanych zabiegów operacyjnych oraz miejsca polskiej chirurgii metabolicznej pośród innych krajów europejskich.

Metodyka

Pozyskane w sposób elektroniczny odpowiedzi na pytania z ankiety przesłało 270 oddziałów chirurgicznych z całej Polski.

Od 14 kwietnia do 30 maja 2017 r. przeprowadzono w porozumieniu z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Chirurgii Ogólnej, z wykorzystaniem elektronicznego kwestionariusza Google Docs umieszczonego na stronie internetowej chirurgicznego portalu Medycyny Praktycznej, ankietowe badanie adresowane do kierowników oddziałów chirurgicznych w Polsce. Zaproszenie do wypełnienia ankiety przesłano drogą elektroniczną do wszystkich oddziałów chirurgicznych w Polsce.

Wyniki

Wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii bariatrycznej zraportowało 25 oddziałów chirurgicznych z 14 województw. Ogółem wykonano 1253 zabiegi z zakresu chirurgii metabolicznej, w tym 814 laparoskopowych zabiegów rękawowej resekcji żołądka, 23 zabiegi rękawowej resekcji żołądka z dostępu klasycznego, 286 laparoskopowych zabiegów wyłączenia żołądkowego na pętli Roux, 8 zabiegów wyłączenia żołądkowego na pętli Roux z dostępu klasycznego, 132 zabiegi Mini Gastric Bypass z dostępu laparoskopowego, 4 zabiegi SADI-S oraz 36 zabiegów endoskopowego wprowadzenia balonu żołądkowe-

go. Zabiegi wykonano w 25 ośrodkach chirurgicznych, a liczba wykonywanych operacji w 1 ośrodku mieściła się w zakresie od 1 do 406 zabiegów w 2016 r. Zabiegi wykonywało ogółem 29 chirurgów.

Wnioski

Liczba zabiegów operacyjnych wykonywanych w Polsce w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w 2016 r. wyniosła 3,29. Jest to wynik znacznie poniżej średniej europejskiej, wynoszącej ok. 17/100 000/rok. Niewielka liczba ośrodków wykonujących zabiegi z zakresu chirurgii bariatrycznej oraz niska liczba zabiegów w przeliczeniu na ośrodek nie zapewniają dostatecznego dostępu do jedynej uznanej metody leczenia otyłości, jaką jest chirurgia metaboliczna. Należy zwrócić uwagę na liczbę ośrodków, z których pozyskano dane do analizy – może nie uwzględniać niektórych podmiotów wykonujących tego typu operacje.

CHĘŚĆOŚĆ WYSTĘPOWANIA OBJAWÓW CHOROBY REFLUKSOWEJ ŻOŁĄDKOWO – PRZEŁYKOWEJ U CHORYCH PO LAPAROSKOPOWYM ZABIEGU RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA WYKONYWANYM Z POWODU OTYŁOŚCI OLBRYMIEJ

Michał Janik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Maciej Matłok (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Szpital Specjalistyczny Pro-Familia – Rzeszów)

Piotr Kowalewski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Maciej Walędzia (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Krzysztof Pańnik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Laparoskopowy zabieg rękawowej resekcji żołądka jest najczęściej wykonywanym w Polsce zabiegiem z zakresu chirurgii metabolicznej. Dolegliwości refluksowe zgłaszane przez Chorych po zabiegu są jednymi z najczęściej występujących niekorzystnych następstw operacji.

Cel pracy

Celem pracy jest określenie częstości występowania dolegliwości refluksowych u chorych po zabiegu laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka oraz określenie, jak często dolegliwości te pojawiają się de novo, a jak często dochodzi do zaostrenia się objawów obecnych już w chwili kwalifikacji do operacji.

Materiał

Badaniem obserwacyjnym objęto grupę 527 chorych (281 kobiet i 246 mężczyzn) w średnim wieku 41 lat (18–67 lat), u których w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. wykonano zabieg laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka z powodu otyłości olbrzymiej. Do zabiegów kwalifikowano chorych, których wskaźnik masy ciała wynosił > 40 lub był wyższy niż 35 i u których stwierdzano występowanie przynajmniej jednego schorzenia towarzyszącego otyłości.

Metodyka

Zabieg rękawowej resekcji żołądka wykonywano z dostępu laparoskopowego w sposób typowy. Dane o ewentualnym występowaniu objawów refluksu żołądkowo-przełykowego przed zabiegiem odnotowywano w historii choroby, dane o występowaniu objawów po zabiegu pozyskano w trakcie kontrolnej rozmowy telefonicznej przeprowadzonej w rok po operacji.

Wyniki

Informacje o stanie zdrowia po zabiegu operacyjnym pozyskano skutecznie u 104 chorych spośród 547 operowanych (19%). Dane uzyskane od tej grupy stały się przedmiotem dalszych analiz. Objawy choroby refluksowej żołądkowo-przełykowej pojawiły się u 42 chorych (43,68%). U 30 osób istniała konieczność łagodzenia dolegliwości poprzez stałe przyjmowanie inhibitorów pompy protonowej, u pozostałych 12 pacjentów dolegliwości charakteryzowały się niskim stopniem nasilenia i nie wymagały stałego leczenia. Analizie poddano także związek pomiędzy występowaniem objawów choroby refluksowej a paleniem tytoniu – wśród osób z objawami choroby refluksowej znalazło się 8 palaczy, co stanowi 26,7%.

Wnioski

Objawy refluksu pojawiają się u ponad 40% osób po zabiegu laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka. Jest to zatem częsta dolegliwość występująca u chorych pomimo utraty masy ciała. Niski odsetek chorych, od których pozyskano informacje o stanie zdrowia po zabiegu, stanowi istotne ograniczenie w wysuwaniu daleko idących wniosków i skłania do objęcia chorych po zabiegach operacyjnych bardziej szczegółowym nadzorem.

MICROCARCINOMA PAPILLARE - STRUMECTOMIA TOTALNA CZY SUBTOTALNA?

Jadwiga Snarska (Katedra i Klinika Chirurgii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Artur Zalewski (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Krzysztof Jacyna (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Rafał Suszkiewicz (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Bartłomiej Biedziuk (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Agata Kozłowska (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Maciej Kuciel (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Katarzyna Suszkiewicz-Kiliańczyk (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Piotr Masiulaniec (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Maciej Michałak (Zakład Diagnostyki Obrazowej, (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Małgorzata Barwiejuk (Zakład Histopatologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Wstęp

Z roku na rok coraz bardziej zwiększa się zachorowalność na raka brodawkowego gruczołu tarczowego. Granica wieku tej grupy chorych przesuwana się też w kierunku młodego wieku. Dzięki rozwojowi technik obrazowania, w szczególności ultrasonografii, rak brodawkowy jest rozpoznawany we wczesnym okresie rozwoju – jeszcze na poziomie mikroraka, tj. w guzku wielkości do 10 mm.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza danych chorych, operowanych z powodu mikroraka brodawkowego w Klinice Chirurgii Ogólnej w ostatnim 5-leciu, pod kątem celowości wykonania całkowitej strumektomii.

Metodyka

Spośród 2573 chorych operowanych w tym okresie w wieku od 12 do 79 lat z powodu zmian patologicznych w obrębie gruczołu tarczowego tylko w 8%, w oparciu o badanie biopsji cienkoigłowej, postawiono wstępną diagnozę raka tarczycy. Zdecydowana większość raka tarczycy diagnozowana była na podstawie badania preparatu operacyjnego. W materiale operacyjnym rozpoznawano nawet mikroraki rzędu 0,5–1 mm, a w 15% ogniska znaleziono również w obu płatach lub wielomejscowo.

Wyniki

Wszystkim chorym, u których zaistniało podejrzenie raka w BAC lub rozpoznano mikroraka, w okresie przedoperacyjnym wykonano totalną strumektomię. W preparacie operacyjnym tylko w 6 przypadkach zaobserwowano powiększone węzły chłonne VI przedziału, a w 2 przypadkach zauważono obecne w węzłach cechy atypii komórkowej. Wszyscy chorzy byli skierowani do leczenia radiojodem w okresie pooperacyjnym. W 4 przypadkach w okresie pooperacyjnym wystąpiło krwawienie, a w 25 – porażenie strun głosowych, które u 17 chorych powróciło w odległym okresie pooperacyjnym. W 53 przypadkach u chorych pojawiła się mniejsza lub większa niedoczynność przytarczyc z następującą powolną normalizacją gospodarki wapniowo-fosforanowej.

Wnioski

Wyniki badań preparatu pooperacyjnego ze względu na wielomejscowość w obu płatach przemawiają za wykonaniem całkowitej strumektomii, co pozwala uniknąć choremu reoperacji lub częstych kontroli z BAC ze względu na rozwój raka w kikutach.

NIEDROŻNOŚĆ MECHANICZNA JELIT SPOWODOWANA PRZEMIESZCZENIEM BALONU ŻOŁĄDKOWEGO – OPIS PRZYPADKU

Maciej Twardzik (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Maciej Wiewióra (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Marek Glück (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Jerzy Piecuch (Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej – Zabrze)

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie przypadku pacjenta z niedrożnością przewodu pokarmowego w następstwie przemieszczenia balonu żołądkowego, założonego z powodu skrajnej otyłości

Opis przypadku

59-letni pacjent został przyjęty do Oddziału z objawami niedrożności przewodu pokarmowego w 6. miesiącu po założeniu balonu żołądkowego, z powodu skrajnej otyłości (BMI: 39,75). Po badaniu klinicznym oraz wykonaniu badań obrazowych i endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego chorego zakwalifikowano do operacji. Wykonano laparoskopię zwiadowczą. Zlokalizowano w jelicie czczym przemieszczony balon, który z minilaparotomii usunięto ze światła jelita cienkiego. Usunięty balon był częściowo wypełniony ok. 150 ml soli z błękitem metylenowym. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Wnioski

Leczenie otyłości olbrzymiej za pomocą balonu żołądkowego jest metodą stosowaną u chorych z bezwzględnymi przeciwwskazaniami do leczenia operacyjnego. Drugim wskazaniem jest zmniejszenie masy ciała i poprawy stanu ogólnego chorego przed zabiegiem bariatrycznym. W każdym przypadku wystąpienia objawów klinicznych niedrożności przewodu pokarmowego u chorych po założeniu balonu żołądkowego należy brać pod uwagę możliwość przemieszczenia balonu w świetle przewodu pokarmowego.

ZASTOSOWANIE STAPLERA AUTOMATYCZNEGO W CHIRURGII BARIATRYCZNEJ – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Mariusz Łobejko (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Krzysztof Nocoń (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Urszula Kukła (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Jan Kalaciński (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Wstęp

Otyłość została uznana za epidemię XXI w. Liczba ludzi otyłych na świecie w dalszym ciągu rośnie. Chirurgia bariatryczna odgrywa ważną rolę w jej leczeniu, a w przypadku otyłości patologicznej jest jedynym skutecznym sposobem prowadzącym do trwałej redukcji masy ciała i ustępowania chorób towarzyszących (cukrzycy, nadciśnienia tętniczego).

Cel pracy

Wpływ zastosowania staplera automatycznego na czas operacji i występowanie powikłań okołoperacyjnych i pooperacyjnych u pacjentów poddanych rękawowej resekcji żołądka.

Metodyka

Od czerwca 2012 r. do kwietnia 2017 r. u 61 pacjentów z otyłością wykonano rękawową resekcję żołądka. Z analizy czasu operacji wyłączono pacjentów, u których wykonano konwersję z przyczyn innych niż związanych z użyciem staplerów. Z kolei w celu oceny powikłań okołoperacyjnych i pooperacyjnych analizie poddano wszystkich operowanych pacjentów. 90% operacji wykonywał ten sam chirurg.

Wyniki

Przy użyciu staplera automatycznego operowano 26 pacjentów (z 58, 44%), stanowiących grupę I, a przy użyciu staplera ręcznego – 32 pacjentów (56%), stanowiących grupę II. Z obu grup wyłączono pacjentów, u których zaistniała konieczność wykonania konwersji w trakcie zabiegu. W grupie I czas operacji wahał się w granicach 60–240 minut (średnio 100,4 mi-

nuty). W grupie II czas operacji wynosił 65–250 minut (średnio 126,2 minuty). Wykazano istotną statystycznie różnicę średnich pomiędzy testowanymi grupami ($p = 0,0319$).

Analizując całą grupę pacjentów poddanych operacji bariatrycznej, zauważono, że u 3 z nich (operowanych przy użyciu staplera automatycznego) doszło do śródoperacyjnego uszkodzenia surowicówki (w tym u 1 śródoperacyjnie stwierdzono nieszczelność), co stanowiło 11,5% pacjentów, natomiast uszkodzenie takie miało miejsce u 2 chorych operowanych z użyciem staplera ręcznego (5,7%). W okresie pooperacyjnym u 2 pacjentów operowanych z użyciem staplera ręcznego stwierdzono przetokę żołądkową (5,7%), której obecności nie zaobserwowano w przypadku pacjentów operowanych z użyciem staplera automatycznego.

Wnioski

Użycie staplera automatycznego skraca znamienne czas operacji, należy jednak uwzględnić krzywą uczenia operatora. Analizując powikłania śród- i pooperacyjne, zauważyć można, że są one typowe dla tego rodzaju zabiegu i liczbą nie odbiegają od podawanych w literaturze.

OCENA WPŁYWU POSZCZEGÓLNYCH CZYNNIKÓW NA PRAWDOPODOBIENSTWO ZAKAŻENIA RANY POOPERACYJNEJ PO LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA

Krzysztof Nocoń (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Urszula Kukła (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Jan Kalaciński (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Mariusz Łobejko (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Wstęp

Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii jest chorobą przewlekłą, która w obecnych czasach doczekała się miana choroby cywilizacyjnej i urosła do rozmiarów epidemii. Jej występowanie niezaprzeczalnie wiąże z pojawieniem się konsekwencji w postaci m.in. nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca oraz wielu innych. Wobec nikomej skuteczności metod zachowawczych coraz częściej podejmuje się próby operacyjnego leczenia otyłości z dobrym efektem. Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (LSG) jest jednym z najczęściej stosowanych zabiegów bariatrycznych, polecanym zwłaszcza pacjentom skrajnie otyłym i obciążonym dużym ryzykiem okołooperacyjnym.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu poszczególnych czynników występujących w okresie przed-, około- i pooperacyjnym na prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej.

Metodyka

Przeanalizowano dane 63 pacjentów, u których w latach 2012–2017 przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej Szpitala Miejskiego w Jaworznie laparoskopową rękawową resekcję żołądka. Dane dotyczące wystąpienia lub braku zakażenia rany pooperacyjnej były dostępne u 24 z nich.

Wyniki

Średnia wartość BMI u osób, u których wystąpiło zakażenie rany pooperacyjnej wynosiła 43,32 kg/m², natomiast u pacjentów bez zakażenia rany pooperacyjnej 44,98 kg/m².

33,3% chorych, u których wystąpiło zakażenie rany, miało cukrzycę, a wśród osób, których nie dotknęło to powikłanie, chorowało na nią 28,8%. Zastosowanie antybiotykoterapii okołooperacyjnej u pacjentów poddawanych LSG ma znamienny wpływ na wystąpienie zakażenia rany pooperacyjnej ($p < 0,012$). Prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej przy braku antybiotykoterapii wynosi 75%, natomiast w przypadku zastosowania antybiotykoterapii ok. 9%. Żaden pacjent, u którego wystąpiło zakażenie rany pooperacyjnej, nie miał powikłań okołooperacyjnych, natomiast u 9,5% chorych bez zakażenia rany wystąpiły takie powikłania. Średni czas utrzymania drenu u osób, u których wystąpiło zakażenie rany pooperacyjnej, był krótszy niż u pacjentów, których dotknęło to powikłanie (1,33 vs 1,76 dnia).

Wnioski

Prowadzenie antybiotykoterapii okołooperacyjnej u pacjentów poddawanych LSG istotnie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia rany w przebiegu pooperacyjnym. Z uwagi na małą liczebność grupy badanej konieczna jest dalsza obserwacja dotycząca wpływu poszczególnych czynników na ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej po LSG.

STENTOWANIE MOCZOWODU PODCZAS PRZESZCZEPIANIA NEREK - DOŚWIADCZENIA OŚRODKA W GDAŃSKU

Beata Bzoma (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Justyna Z. Kostro (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Andrzej R. Hellmann (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Andrzej Chamienia (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Stanisław Hać (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Alicja Dębska-Ślizień (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Zasadność stentowania moczowodu u biorców nerki jest nadal dyskusyjna. Stentowanie może zmniejszyć częstość występowania zacieku moczu i zwężeń moczowodu, ale może również wiązać się z powikłaniami, np. zakażeniem układu moczowego (UTI).

Cel pracy

Ocena wpływu stentowania moczowodu na powikłania urologiczne po przeszczepieniu nerki (KTx).

Metodyka

Przeprowadzono retrospektywną analizę wszystkich KTx wykonanych w okresie od stycznia 2011 r. do grudnia 2016 r. w Gdańskim Centrum Transplantacyjnym. W tym czasie wykonano 628 KTx, u 502 pacjentów (80%) zastosowano cewnik moczowodowy – grupa DJ (double J). Cewnik był usuwany średnio po 30 dniach od KTx.

Wyniki

Częstość zacieku moczu była 10 razy większa u pacjentów bez stentu (10%). Zwężenie moczowodu również częściej występowało u osób bez stentu (8,7%/6,6%, $p < 0,05$). Objawowe limfocele wystąpiło u 7% chorych w grupie DJ i 10% w grupie bez-DJ ($p > 0,05$).

AR i DGF były takie same w obu grupach. Stężenia kreatyniny w surowicy krwi po miesiącu od KTx były podobne w obu grupach (grupa DJ – 1,79 mg/dl oraz w grupie bez-DJ – 1,53 mg/dl, $p > 0,05$). Czas hospitalizacji po transplantacji był znacznie dłuższy w grupie DJ (25,4/19,7 dni, $p < 0,05$). Częstość występowania UTI była większa w grupie DJ (22,5%/15,1%), ale różnica nie była znacząca. Czas hospitalizacji był dłuższy u pacjentów z UTI (31/22 dni, $p < 0,05$).

Wnioski

Stentowanie moczowodu może uchronić pacjentów przed najczęstszymi powikłaniami urologicznymi, takimi jak zacieki moczu i zwężenie moczowodu, ale długotrwałe utrzymywanie stentu może wiązać się z przedłużoną hospitalizacją ze względu na UTI.

OPORNOŚĆ SZCZEPÓW PAŁECZEK GRAM-UJEMNYM Z RODZINY ENTEROBACTERIACEAE NA KARBAPENEMY – IZOLOWANYCH Z PRÓBEK MATERIAŁÓW KLINICZNYCH OKOLICY MIEJSCA OPEROWANEGO (ZMO) POBRANYCH OD PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJ

Dariusz Kawecki (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Robert Kuthan (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Anna Sawicka-Grzelak (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wojciech Lisik (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Beata Łągiewska (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Grażyna Młynarczyk (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Kosieradzki (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Szczepki wielolekoopornych bakterii (MDR), szczególnie szczepki odporne na karbapenemy, stanowią coraz większy problem w diagnostyce mikrobiologicznej i postępowaniu terapeutycznym w leczeniu zakażeń. Szybki wśród drobnoustrojów rozwój mechanizmów oporności na antybiotyki sprawia, że możliwości terapeutyczne antybiotykoterapii celowanej są często ograniczone, w związku z czym występuje prawdopodobieństwo zakończenia terapii niepowodzeniem.

Cel pracy

Ocena występowania pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae na karbapenemy – CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae), izolowanych z próbek okolicy miejsca operowanego (ZMO).

Metodyka

Występowanie szczepów pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae opornych na karbapenemy. Materiał badawczy pobrano od pacjentów oddziału chirurgicznego, na którym znajduje się 45 łóżek. W latach 2010–2015 r. hospitalizowano na oddziale 14 813 pacjentów. Badania mikrobiologiczne lekowrażliwości szczepów izolowanych z próbek materiałów klinicznych wykonano zgodnie z rekomendacjami EUCAST/KORLD, z wykorzystaniem analizatora mikrobiologicznego VITEK 2®. W przypadku szczepów opornych CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae) wynik oznaczenia lekowrażliwości potwierdzano za pomocą metod referencyjnych.

Wyniki

Z próbek materiałów klinicznych z okolicy miejsca operowanego (ZMO), pobranych od 348 pacjentów, wyizolowano 476 szczepów pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae.

Definicja Zakażenia Miejsca Operowanego – zgodna z zaleceniami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (NPOA) i Ministerstwa Zdrowia (MZ) – spełniała kryteria co najmniej powierzchownego zakażenia (SSI-S). Wśród nich odsetek szczepów opornych CRE wyniósł dla: ertapenemu – 6,3%, imipenemu – 5,1%, meropenemu – 2,5%.

Wnioski

W leczeniu zakażeń miejsca operowanego (ZMO) u chorych na oddziałach zabiegowych, szczególnie transplantacyjnych, konieczne jest właściwe monitorowanie szczepów bakteryjnych pojawiających się w czasie leczenia, racjonalna antybiotykoterapia oraz profilaktyka okołoperacyjna. Celowe jest badanie nosicielstwa u pacjentów immunosupresyjnych i izolowanie chorych ze szczepami wielolekoopornymi MDR (ang. Multi Drug Resistant), aby zapobiec zakażeniom szpitalnym.

EKSPRESJA RECEPTORÓW KININ W RAKU JELITA GRUBEGO

Józef Kurek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Krzysztof Nocoń (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Grzegorz Machnik (Katedra Biotechnologii, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Andrzej Plewka (Katedra Proteomiki, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Ewa Klimacka-Nawrot (Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Ilona Bednarek (Katedra Biotechnologii, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Antoni Stadnicki (Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice;

Pracownia Chorób Czynnościowych Przewodu Pokarmowego i Pracownia Endoskopii, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Wstęp

Kalikreina tkankowa, obecna w jelicie, degraduje kininogen, co generuje kininy, które zwiększają przepuszczalność naczyń i proliferację oraz stymulują angiogenezę, co może powodować transformację nowotworową.

Cel pracy

W niniejszej pracy oceniono ekspresję genów oraz poziomy białek dla receptorów kinin B1 (RB1) i B2 (RB2) w tkankach raka jelita grubego i przeanalizowano zależność profilu zmian od stopnia histopatologicznego guza i stadium klinicznego.

Metodyka

Tkanki nowotworowe i tkanki niezmiennione marginesu jelita otrzymano według stopni złośliwości G1, G2, G3. W drugiej serii oceniano lokalizację białek B1R i B2R w tkankach jelita metodami immunohistochemicznymi, a poziom białek mierzono na podstawie gęstości optycznej.

Wyniki

Całkowity poziom ekspresji genu kodującego B1R był statystycznie ($p < 0,05$) wyższy w tkance nowotworowej jelita (log liczby kopii mRNA/ μ g całkowite RNA: $4,904 \pm 0,608$ SD) w porównaniu z tkanką niezmiennioną ($4,579 \pm 0,621$). Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w ekspresji genów dla B2R w tkance nowotworowej ($4,001 \pm 0,615$) w porównaniu z tkanką kontrolną ($3,905 \pm 0,789$). Ekspresja genów kodujących B1R była istotnie ($p < 0,001$) wyższa we wszystkich ocenianych stopniach G1–G3 w porównaniu z ekspresją genów dla B2R,

a wskaźnik B1R do B2R był najwyższy w stopniu G2. W odniesieniu do stadium klinicznego raka jelita grubego wykazano znamienne ($p < 0,05$) wzrost ekspresji genów dla B1R w stadium Duke'a A i B ($5,064 \pm 0,558$) w porównaniu z tkanką kontrolną ($4,579 \pm 0,621$), lecz nie stwierdzono istotnej różnicy u pacjentów w stadium C i D. Nie wykazano znamiennej korelacji między poziomem ekspresji genów dla B1R a stadium klinicznym raka jelita grubego. W tkankach nowotworowych stwierdzono znamienne wyższy poziom białka B1R w stopniu G1 ($151,7 + 12,8$, $p < 0,01$) i G2 ($167,5 + 10$, $p < 0,01$) niż w grupie kontrolnej ($112,3 + 10,9$). Z kolei poziom białka B2R okazał się wyższy w stopniu G1 ($173,6 + 11,9$, $p < 0,01$), lecz poziomy białka B2R były prawie równe w G2 i G3 w porównaniu z grupą kontrolną ($124,6 + 12,1$).

Wnioski

Zmiany profilu ekspresji genów oraz białek dla receptorów kinin w tkankach nowotworowych jelita grubego wskazują na rolę kinin w transformacji nowotworowej, głównie w dobrze (G1) i pośrednio (G2) zróżnicowanym stopniu raka jelita grubego. Poziom ekspresji genów receptorów kinin nie koreluje z klinicznym stadium choroby.

JAKOŚĆ ŻYCIA U PACJENTÓW Z NADPOTLIWOŚCIĄ DŁONIOWĄ PO ZABIEGU OBUSTRONNEJ SYMPATEKTOMII PIERSIOWEJ

Łukasz Dobosz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Tomasz Stefaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Nadpotliwość pierwotna jest schorzeniem występującym u 1–4% populacji. Wzmocniona potliwość dłoni może w znaczący sposób prowadzić do obniżenia jakości życia, z uwagi na to, że przy jej występowaniu kłopotliwe stają się czynności codzienne, np. podanie ręki drugiej osobie. Jedną z metod leczenia nadpotliwości dłoniowej jest obustronna sympatektomia piersiowa – zabieg bezpieczny, o odsetku wyleczeń sięgającym ponad 90%.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów z nadpotliwością dłoniową, poddanych zabiegowi obustronnej sympatektomii piersiowej.

Metodyka

W badaniu wzięło udział 149 pacjentów (37 mężczyzn i 112 kobiet) poddanych zabiegowi obustronnej sympatektomii piersiowej, z powodu nadpotliwości dłoniowej, w latach 2007–2012. Jakość życia oceniano przed zabiegiem oraz 3 i 12 miesięcy po zabiegu. Do oceny użyto kwestionariusza FACIT, sprawdzającego jakość życia w 4 sferach: fizycznej, socjalnej, emocjonalnej i funkcjonalnej. Grupę kontrolną stanowiło 305 studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (118 mężczyzn i 187 kobiet).

Wyniki

Jakość życia przed zabiegiem sympatektomii piersiowej w grupie pacjentów była istotnie statystycznie niższa w porównaniu z grupą kontrolną ($66,57 \pm 16,33$ vs $91,29 \pm 11,13$; $p < 0,001$). W 3. miesiącu po zabiegu jakość życia pacjentów znacząco wzrosła i nie różniła się istotnie od grupy kontrolnej ($90,28 \pm 11,13$ vs $91,29 \pm 11,13$; $p = 0,64$). Podobny wynik obserwowano po 12 miesiącach ($89,59 \pm 11,34$ vs $91,29 \pm 11,13$; $p = 0,84$). Największy przyrost obserwowano w sferze funkcjonalnej (32,25%), jednakże był on obecny również w każdej innej domenie (14,64% – w fizycznej, 14,57% – socjalnej i 30,13% – emocjonalnej).

Wnioski

Obustronna sympatektomia piersiowa jest zabiegiem znacząco zwiększającym jakość życia, szczególnie w aspekcie funkcjonowania w życiu codziennym, u pacjentów z nadpotliwością dłoniową.

SUBIEKTYWNA I OBIEKTYWNA OCENA POTLIWOŚCI PRZY KWALIFIKACJI DO SYMPATEKTOMII PIERSIOWEJ PACJENTÓW Z NADPOTLIWOŚCIĄ PIERWOTNĄ O DOMINANCIE DŁONIOWEJ

Łukasz Dobosz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Tomasz Stefaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Sympatektomia piersiowa to bezpieczny i skuteczny zabieg w leczeniu nadpotliwości dłoniowej. Kwalifikacja do zabiegu odbywa się często przy użyciu subiektywnych kwestionariuszy, w których pacjenci samodzielnie oceniają swój poziom potliwości. Do metod obiektywnych oceny nadmiernego pocenia można zaliczyć grawimetrię – zabieg polegający na pomiarze masy wydzielanego potu w ciągu minuty z badanej okolicy.

Cel pracy

Celem pracy było porównanie subiektywnej i obiektywnej oceny potliwości u pacjentów poddanych zabiegowi sympatektomii piersiowej.

Metodyka

W badaniu wzięło udział 149 pacjentów (37 mężczyzn i 112 kobiet) poddanych zabiegowi obustronnej sympatektomii piersiowej z powodu nadpotliwości dłoniowej w latach 2007–2012. Pacjenci oceniali subiektywnie swój poziom potliwości dłoniowej w skali NRS (0–10), a następnie wykonywano u nich pomiar grawimetryczny. Chorzy byli kwalifikowani do zabiegu, jeśli wynik grawimetrii był wyższy lub równy 60 mg/min/m². Ocenę powtarzano po 3 miesiącach od zabiegu. Grupę kontrolną w badaniu stanowiło 305 studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (118 mężczyzn i 187 kobiet).

Wyniki

W ocenie grawimetrycznej pacjenci przed zabiegiem mieli istotnie wyższy poziom potliwości w porównaniu do grupy kontrolnej (224,69 +/- 179,20 vs. 13,93 +/- 13,42 mg/min/m²; p < 0,05). 3

miesiące po zabiegu poziom potliwości u pacjentów istotnie się zmniejszył i nie różnił się od poziomu grupy kontrolnej (13,55 +/- 15,41 vs. 13,93 +/- 13,42 mg/min/m²; p = 0,81). W ocenie subiektywnej przed zabiegiem pacjenci oceniali swój poziom potliwości istotnie wyżej w porównaniu do grupy kontrolnej (8,80 +/- 2,22 vs. 3,82 +/- 2,44; p < 0,05), natomiast 3 miesiące po zabiegu ocena subiektywna pacjentów była znacząco niższa w porównaniu do grupy kontrolnej (0,83 +/- 1,52 vs. 3,82 +/- 2,44; p < 0,05). Współczynniki korelacji Pearsona wynosiły odpowiednio: dla grupy pacjentów przed zabiegiem r = 0,1; p = 0,3; dla grupy pacjentów po zabiegu r = -0,3; p = 0,29; dla grupy kontrolnej r = 0,17; p < 0,05.

Wnioski

- 1) Subiektywna ocena bez obiektywnego potwierdzenia może prowadzić do zwiększonego odsetka fałszywie dodatnich rozpoznań nadpotliwości.
- 2) Kwalifikacja do zabiegu – poza oceną subiektywną – powinna opierać się również na wynikach badań obiektywnych.

SYMPATEKTOMIE PIERSIOWE U PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W KLINICE CHIRURGICZNEJ 4 WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU – OBSERWACJA PIĘCIOLETNIA

Mariusz Chabowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Maciej Nowicki (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Michał Leśniak (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Tadeusz Dorobisz (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Maciej Malinowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wiktor Pawłowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Agnieszka Ziomek (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Dariusz Janczak (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wstęp

Sympatektomia piersiowa (odnerwienie współczulne) stosowana jest od wielu lat w leczeniu nadpotliwości (hyperhidrosis), choroby Raynauda i niedokrwienia kończyn górnych. Podczas zabiegu usuwane są zwoje współczulne Th2, Th3 i Th4. Przy współpracy z kardiologami sympatektomię piersiową wykonuje się również w leczeniu niewydolności serca u chorych z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (w ramach badań klinicznych). Wówczas niszczy się zwoje współczulne Th5–Th9, aby zablokować działanie nerwu trzewnego większego.

Metodyka

W Klinice Chirurgicznej od stycznia 2012 r. do maja 2017 r. u 18 mężczyzn i 26 kobiet wykonano 44 zabiegi, w tym 40 w technice wideotorakoskopowej, a 4 – drogą torakotomii. W tym 26 zabiegów przeprowadzono po prawej stronie, a 7 – po lewej. U 7 chorych z chorobą Raynauda oraz u 1 pacjentki z nadpotliwością – zabieg wykonano obustronnie. Wskazania do zabiegów były następujące: 22 chorych (50%) – choroba Raynauda, 12 chorych (27%) – niedokrwienie kończyn górnych, 4 chorych (9%) – chorobą Buergera, 3 chorych (7%) – nadpotliwość, 3 chorych (7%) – niewydolność krążenia (badanie kliniczne). Średnia wieku pacjentów wyniosła 48,6 lat. Po dwudniowej obserwacji pacjenci opuszczali klinikę.

Wyniki

Wstępne wyniki pooperacyjne są zachęcające. Po zabiegu obserwowane jest szybkie ustąpienie dolegliwości. W ponad 90% przypadków chorzy oceniają wynik leczenia jako bardzo dobry. Wyniki odległe są w trakcie szczegółowego opracowywania. Nawroty występowały rzadko i nigdy nie osiągały pierwotnego stopnia nasilenia.

Wnioski

Zabieg sympatektomii piersiowej jest bezpieczny, nie odnotowano po nim żadnych powikłań. Cztery torakotomie (konwersje) zostały przeprowadzone z powodu trudnych warunków operacyjnych, tj. zrostów płucnowych bądź innych chorób miąższu płucnego.

SZKOLENIE PODSTAWOWE W ZAKRESIE LAPAROSKOPII DLA STUDENTÓW MEDYCYNY – ZA CZY PRZECIW?

Włodzimierz Majewski (Pomorski Uniwersytet Medyczny – Szczecin)

Ewa Zamojska-Kościół (Pomorski Uniwersytet Medyczny – Szczecin)

Martyna Skirmunt (Pomorski Uniwersytet Medyczny – Szczecin)

Wstęp

W dobie coraz większego obciążania wiedzą medyczną umysłu studenta, kosztem zmniejszania zakresu zajęć praktycznych, szkolenie praktyczne na symulatorach laparoskopowych stanowić może uprządkowanie zajęć, co przez studentów jest zawsze doceniane.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wyników kursu z zaawansowanych technik chirurgicznych (laparoscopia), przeprowadzonego eksperymentalnie w ramach zajęć fakultatywnych.

Metodyka

Na zajęcia fakultatywne z zakresu zaawansowanych technik chirurgicznych zapisało się 132 studentów V roku wydziału lekarskiego, w tym 38 studentów V roku programu anglojęzycznego PUM w Szczecinie. Zajęcia przewidywały 5 dni roboczych po 3 godziny lekcyjne na kompaktowych trenażerach laparoskopowych (enhanced box trainer). Pierwszym ćwiczeniem było przełożenie grubej taśmy przez 8 uszek, przyczepionych do plastikowej podstawki, na czas. Następnie wycinano kółka w tkaninie, zawiązywano węzły na uszkach, wykonywano szwy chirurgiczne na plastikowych symulacjach skóry. Ostatnim ćwiczeniem zaliczeniowym było przyszywanie wyciętego kółka z powrotem do tkaniny 4 szwami, wykonanymi laparoskopowo, na czas.

Wyniki

Wszyscy studenci wykonali zadania. Pierwsze ćwiczenie zajęło im średnio 7 minut 05 sekund, wyniki plasowały się pomiędzy 2 minutami 40 sekundami a 24 minutami. Ostatnie ćwiczenie zajęło studentom średnio 28 minut 21 sekund, wynik najlepszy to 9 minut 24 sekundy, a najgorszy – 77 minut. Grupa, która wykonała ćwiczenie pierwsze ponownie, po ukończeniu zajęć, poprawiła swój czas do średnio 3 minut 24 sekund – pomiędzy 1 minutą 15 sekundami a 6 minutami 15 sekundami (48% krócej). Pierwsze ćwiczenie, wykonywane przez studentów zazwyczaj po raz pierwszy w życiu, pozwalało na określenie ich zdolności manualnych. Ostatnie ćwiczenie sprawdzało ich umiejętności. Podczas zajęć wyodrębniono 21 osób, które wykonywały ćwiczenia sprawniej, i zaproszono je na Warsztaty Laparoskopowe, celem kontynuacji działań w tej dziedzinie.

Wnioski

Podstawowe szkolenie z zakresu laparoskopii dla studentów pozwala adeptom medycyny na szersze zapoznanie się ze sprzętem i prostymi sposobami przygotowania się do wykonywania tych bardzo obecnie powszechnych operacji. Ponadto pomaga ćwiczyć precyzyjne ruchy oraz stwarza możliwość wychwycenia osób mających predyspozycje do manualnych działań medycznych, w celu ich dalszego kształcenia kierunkowego.

ANALIZA LOKALNEJ ANESTEZJI Z WYKORZYSTANIEM ROPIWAKAINY ORAZ ADRENALINY U PACJENTÓW PODDAWANYCH ALLOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO I KOLANOWEGO

Bartłomiej Szpyra (Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Szpital Rydygiera – Kraków)

Aleksander Konturek (III Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Grzegorz Kwiatkowski (Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Szpital Rydygiera – Kraków)

Cel pracy

Ocena wykorzystania lokalnego znieczulenia z wykorzystaniem ropiwakainy i adrenaliny podczas całkowitej endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

Metodyka

Przeanalizowano przypadki 132 pacjentów zakwalifikowanych do operacji alloplastyki kolana. Pacjenci zostali zrandomizowani odpowiednio do grup: otrzymujących śródoperacyjnie znieczulenie nasiękowe złożone z ropiwakainy i adrenaliny oraz niepoddawanych dodatkowym interwencjom. Spośród pacjentów poddanych alloplastyce kolana 78 miało, a 54 nie miało ostrzykiwanego miejsca operacyjnego. Analizowano poziom bólu okołooperacyjnego, zużycie leków przeciwbólowych oraz efekt hemostatyczny.

Wyniki

Zaobserwowano istotnie statystycznie mniejszy średni poziom bólu w dobie operacyjnej (5,73 vs 6,64 według VAS, $p = 0,00048$, $p < 0,05$) oraz istotne statystycznie różnice poziomu bólu przed zabiegiem w porównaniu z bólem w dobie operacyjnej ($-0,35$ vs $0,50$ według VAS, $p = 0,0004$, $p < 0,05$). W 7. dobie pooperacyjnej nie zaobserwowano różnic w średnim poziomie bólu w obu grupach ($5,36$ vs $5,74$ $p = 0,215$, $p < 0,05$) i różnic poziomu bólu w 7. dobie pooperacyjnej w porównaniu z bólem przed zabiegiem operacyjnym ($-0,88$ vs $-1,01$ według VAS, $p = 0,073$, $p < 0,05$).

W grupie interwencyjnej w porównaniu z grupą kontrolną stosowano mniej morfiny w dobie okołooperacyjnej ($0,65$ vs $1,32$, $p = 0,011$, $p < 0,05$) oraz w 1. dobie pooperacyjnej ($0,86$ vs $1,43$, $p = 0,0041$, $p < 0,05$). W grupie interwencyjnej w porównaniu z grupą kontrolną stosowano mniej oksykodonu w dobie okołooperacyjnej ($0,45$ vs $1,08$, $p = 0,0035$, $p < 0,05$) oraz w 1. dobie pooperacyjnej ($0,17$ vs $0,59$, $p = 0,041$, $p < 0,05$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w zużyciu paracetamolu, tramadolu, metamizolu i ketoprofenu.

W grupie interwencyjnej w porównaniu z grupą kontrolną bierny drenaż operowanego stawu był istotnie statystycznie mniejszy (378 ml vs 532 ml, $p = 0,027$, $p < 0,05$).

Wnioski

Stosowanie śródoperacyjnej lokalnej anestezji z wykorzystaniem ropiwakainy oraz adrenaliny zmniejsza poziom bólu odczuwany przez pacjentów. Wpływa na zmniejszenie zużycia morfiny oraz oksykodonu w dobie okołooperacyjnej i 1. pooperacyjnej. Nie wpływa na zużycie innych leków przeciwbólowych. Dodatkowo istotnie zmniejsza drenaż pooperacyjny.

STARSZE OSOBY W ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH - WYZWANIA W CODZIENNEJ PRAKTYCE

Przemysław Dzierżek (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Krzysztof Kurnol (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Ewelina Frejlich (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Krzysztof Kotulski (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Julia Rudno-Rudzińska (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wstęp

Pacjenci geriatryczni stanowią wyzwanie w leczeniu chirurgicznym oraz rekonwalescencji pooperacyjnej. Grupa wiekowa pacjentów powyżej 80. r.ż. wymaga szczególnej uwagi oraz opieki w trakcie leczenia chirurgicznego. Jednocześnie jest to coraz liczniejsza grupa ze względu na wydłużenie średniej długości życia społeczeństwa.

Cel pracy

Analiza retrospektywna przyczyn przyjęć oraz powikłań pacjentów w wieku powyżej 80. r.ż. hospitalizowanych w trybie planowym oraz ostrodyżurowym i porównanie obu grup.

Metodyka

Przeanalizowano historie chorób pacjentów powyżej 80. r.ż. hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, w terminie 1 stycznia–31 grudnia 2016 r. Pacjentów oceniono pod kątem trybu przyjęcia, chorób współistniejących, metody leczenia, długości hospitalizacji, wyników badań laboratoryjnych wykonanych przy przyjęciu, skali ASA, czasu trwania zabiegu operacyjnego oraz występujących powikłań. Do analizy statystycznej użyto testu t-Studenta oraz analizy porównania wariancji.

Wyniki

Analiza obejmuje 189 pacjentów (128 kobiet (67,7%), 61 (32,3%) mężczyzn). Spośród analizowanej grupy 119 (63,0%) osób przyjęto na oddział w trybie ostrodyżurowym (grupa A), a 70 (37,0%) – planowym (grupa B). Leczenie operacyjne zastosowano u 46 osób z grupy A oraz 53 z grupy B.

Najczęstszymi przyczynami przyjęcia na oddział pacjentów z grupy A i leczonych zachowawczo było krwawienie do przewodu pokarmowego: 30 osób (25,2% grupy A), natomiast wśród osób leczonych operacyjnie – niedrożność przewodu

pokarmowego: 19 przypadków (16,0%). W grupie B przyczyny przyjęcia na oddział to: wykonanie plastyki przepukliny pachwinowej lub brzusznej 15 osób (28,3%) oraz badania ERCP 6 osób (11,3%).

Średnia długość hospitalizacji w całej populacji wynosiła 10,65 dnia (11,75 grupa A vs 8,79 grupa B).

Wnioski

Najczęstszym wskazaniem do zabiegu operacyjnego pacjentów ostrodyżurowych była niedrożność przewodu pokarmowego. W związku z dużą liczbą powikłań i zgonów w tej grupie należy zwrócić uwagę na potrzebę zapobiegania występowania ostrej niedrożności przewodu pokarmowego, a w sytuacji jej wystąpienia – na zapewnienie optymalnego przygotowania przedoperacyjnego.

Okres hospitalizacji pacjentów przyjmowanych w trybie ostrodyżurowym jest dłuższy, a ogólna liczba powikłań – większa. Pacjenci w wieku powyżej 80. r.ż. powinni być w miarę możliwości operowani w trybie planowym lub po wcześniejszym przygotowaniu.

PORÓWNANIE WARTOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ METOD U PACJENTÓW Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZEŁYKU

Józef Kurek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Krzysztof Nocoń (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Izabela Kafel (Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Antoni Stadnicki (Pracownia Chorób Czynnościowych Przewodu Pokarmowego, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno; Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Krzysztof Ptaszkiewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Wstęp

Wartość diagnostyczna manometrii wysokiej rozdzielczości (MWR) oraz fluoroskopii dla rozpoznania choroby refluksowej przełyku i przepukliny rozworu przełykowego (PRP) nie jest obecnie określona.

Cel pracy

Celem pracy jest porównanie wartości możliwości MWR i fluoroskopii w diagnostyce choroby refluksowej oraz przepukliny rozworu przełykowego przepony.

Metodyka

Analiza prospektywna przypadków 38 pacjentów (20 kobiet i 18 mężczyzn) z chorobą refluksową przełyku, leczonych w Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie. MWR wykonano u 29 osób, fluoroskopię – u 21. Ponadto u 38 pacjentów wykonano panendoskopię. Protokół MWR zawierał 10 kolejnych przełknięć 10 ml wody. Analizę danych komputerowych wykonano w programie topografii ciśnienia według nowej klasyfikacji Chicago. Endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego przeprowadzono zestawem firmy Olympus – Evis Exera II, a fluoroskopię – aparatem Philips OmniDiagnost Eleva.

Wyniki

MWR potwierdziła cechy refluksu (obniżenie ciśnienia spoczynkowego lub/i ciśnienia resztkowego LES) u 69% bada-

nych (z 29 osób, u których wykonano MWR), natomiast u 8 osób wykazała PRP. Cechy GERD stwierdzono u 38% pacjentów poddanych fluoroskopii (z 21 badanych), a PRP – u 5 pacjentów. Panendoskopia wykazała występowanie GERD u 73% chorych (28 z 38), a PRP u 65% pacjentów (opisywana u 40% jako nieszczelność wpustu). Wykazano istotną statystycznie zależność wskazującą na większą możliwość zdiagnozowania choroby refluksowej przełyku przy zastosowaniu MWR ($p = 0,03$) w porównaniu z fluoroskopią. Endoskopia jest skuteczniejszym badaniem w wykrywalności PRP w stosunku do MWR ($p = 0,048$) i fluoroskopii ($p = 0,02$).

Wnioski

MWR z większym prawdopodobieństwem pozwala wykryć zmiany świadczące o chorobie refluksowej przełyku w porównaniu z fluoroskopią. Czulość fluoroskopii w diagnostyce choroby refluksowej jest niska. Wykonanie zarówno MWR, jak i fluoroskopii pozwala z podobną częstością rozpoznać występowanie przepukliny rozworu przełykowego u pacjentów z chorobą refluksową. Mimo że w panendoskopii PRP (najczęściej opisywana jako nieszczelność wpustu) jest wskazywana u znacznej liczby pacjentów, wyniki tej metody należy interpretować z ostrożnością.

WARTOŚĆ DIAGNOSTYCZNA MANOMETRII WYSOKIEJ ROZDZIELCZOŚCI (MWR) I ENDOSKOPII W ROZPOZNANIU PRZEPUKLINY ROZWORU PRZEŁYKOWEGO U PACJENTÓW Z GERD

Józef Kurek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Adam Kurek (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Ewa Klimacka-Nawrot (Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Katarzyna Bilnik (Katedra Podstawowych Nauk Biomedycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny – Katowice)

Antoni Stadnicki (Oddział Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologicznej, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno;

Pracownia Chorób Czynnościowych Przewodu Pokarmowego, Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Wstęp

Wartość diagnostyczna zarówno manometrii wysokiej rozdzielczości (MWR), jak i endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego dla rozpoznania przepukliny rozworu przełykowego (PRP) nie jest obecnie określona.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena i porównanie diagnostycznej dokładności MWR i endoskopii w rozpoznaniu PRP u pacjentów z GERD.

Metodyka

Czułość i swoistość MWR i endoskopii dla PRP oceniono u 31 pacjentów z GERD (w tej liczbie 20 kobiet; średni wiek 48,2), zakwalifikowanych do fundoplikacji metodą Nissena. Ocenę śródoperacyjną przyjęto jako złoty standard w rozpoznaniu PRP. Protokół MWR zawierał 10 kolejnych przełknięć 10 ml wody. Analizę danych komputerowych wykonano w programie topografii ciśnienia według nowej klasyfikacji Chicago. Endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego przeprowadzono za pomocą zestawu firmy Olympus – Evis Exera II.

Wyniki

Wśród 31 pacjentów u 29 stwierdzono PRP podczas operacji. W ocenie MWR jedynie u 14 z nich wykazano diagnostyczne kryteria PRP (średni rozmiar przepukliny 2,44 cm), z kolei u 19 pacjentów stwierdzono przepuklinę w badaniu endoskopowym przed operacją. MWR nie przedstawiła wyników fałszywie pozytywnych, natomiast przedstawiła wynik fałszywie negatywny u 15 pacjentów. Czułość i swoistość rozpoznania PRP w MWR wyniosły odpowiednio 48% i 100%. W endoskopii

fałszywie pozytywny wynik zaobserwowano u 1 pacjenta, natomiast fałszywie negatywny – u 10 pacjentów. Czułość i swoistość rozpoznania PRP w endoskopii wyniosły odpowiednio 50% i 66%. Porównanie fałszywie negatywnych wyników (czułość) dla MWR i endoskopii nie wykazało znamienności statystycznej (odpowiednio 52% vs 34%, $p = 0,29$). Dodatkowo – nie stwierdzono statystycznie znamiennej niezgodności (stosując test McNemara, $p = 0,58$). Wyniki przedstawiono w tabeli.

Tabela. Rozpoznanie przepukliny rozworu przełykowego przepony

Diagnoza przepukliny rozworu przełykowego	MWR	Endoskopia	Złoty standard
Prawdziwie pozytywne	14	19	29
Prawdziwie negatywne	2	1	2
Fałszywie pozytywne	0	1	0
Fałszywie negatywne	15	10	0

Wnioski

Zbyt niski odsetek czułości w diagnostyce PRP świadczy o tym, że ani MWR, ani endoskopia nie są wystarczającymi metodami dla rozpoznania PRP u pacjentów z GERD. Natomiast za pomocą MWR można z dużym prawdopodobieństwem wykluczyć PRP u pacjentów z GERD, za czym przemawia właściwa specyficzność MWR (w przeciwieństwie do endoskopii) w diagnostyce PRP.

MIKROBIOTA OKRĘŻNICY W DOŚWIADCZALNYM MODELU OSTREGO WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA OKRĘŻNICY U SZCZURÓW

Romualda Wojczys (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Paweł Domosławski (I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wstęp

Mikroflora jelitowa, zwana także mikrobiotą, pełni wciąż nie do końca wyjaśnioną funkcję – ważną w powstawaniu, rozwoju i podtrzymywaniu procesu zapalnego oraz przebiegu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Stwierdza się znaczne odmienności w składzie i funkcji bakterii jelitowych osób chorych w porównaniu z tymi zdrowymi.

Cel pracy

Prześledzenie i zestawienie zmian oraz przesunięć flory bakteryjnej w doświadczalnym modelu wrzodziejącego zapalenia okrężnicy, w porównaniu do kontrolnych, zdrowych zwierząt.

Metodyka

Do doświadczenia wykorzystano 20 szczurów szczepu Wistar, w wieku 2,5 miesiąca. Podzielono je na grupy: doświadczalną i kontrolną (po 10 osobników). Wrzodziejące zapalenie okrężnicy wywołano 5-procentowym roztworem soli sodowej siarczanu dextranu (DSS) w wodzie pitnej, podawanej przez 7 dni, następnie zwierzęta usypiano. Do badań pobierano fragment prostnicy. Ostre zapalenie jelit potwierdzano badaniem histopatologicznym, po barwieniu hematoksyliną i eozyną. Florę okrężnicy oceniono jakościowo i ilościowo – oddzielnie w kale i tkance jelitowej. Identyfikację kolonii bakteryjnych wykonano za pomocą komercyjnych testów mikrobiologicznych.

Wyniki

Zmiany architektoniczne, typowe dla wrzodziejącego zapalenia okrężnicy, potwierdzono u wszystkich zwierząt grupy badanej. Destrukcja krypt jelitowych towarzyszyła nadżerkom i owrzodzeniom. Mikrobiota okrężnicy odpowiednio to: *Escherichia coli* (100% zdrowych i 80% chorych zwierząt); *Clostridium* – tylko w grupie chorych zwierząt; *Bacteroides* (30% chorych i 10% zdrowych). Dodatkowo w tkance jelitowej stwierdzono więcej rodzajów bakterii aniżeli w kale w obu badanych grupach. Analiza ilościowa wykazała, potwierdzony statystycznie, większy odsetek bakterii chorobotwórczych u zwierząt chorych. Wzrost dotyczył bakterii beztlenowych. U zwierząt zdrowych zanotowano wyraźnie więcej bakterii korzystnych z grupy *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*.

Wnioski

- 1) Zaobserwowano znaczące statystycznie przesunięcia flory bakteryjnej w kierunku patogenów zarówno w kale, jak i tkance okrężnicy u zwierząt chorych.
- 2) Zdecydowanie wyższy odsetek ilościowy korzystnych kolonii bakteryjnych dotyczy tylko zdrowych zwierząt.

NEW METHOD TO DETERMINE THE DEGREE OF TISSUE HYDRATION

Vasiliy Kazuschik (Belarusian State Medical University – Minsk)

Aliaksander Karman (Belarusian State Medical University – Minsk)

Introduction

There are many ways of assessing the state of water metabolism including determination of body weight with a strict diet, method of daily assessment of fluid balance in the body, ultrasound, and laser Doppler that allow to detect swelling of the organ or tissue to a greater or lesser extent. However, they do not give quantitative assessment of the content of the fluid. Simple and non-invasive way for quick and reliable determination of the degree of hydration of tissues has not been developed yet.

Aim

The aim of the study was to develop and introduce a new method to determine the degree of tissue hydration.

Methods

For the purpose of this study, the method of edemometry, developed at the 1st Department of Surgical Diseases, BSMU in Minsk, was applied. The method allows to estimate the degree of hydration of the tissues in the following way. The subject method of edemometry determine the maximum pressure drop (MPD) to calculate the index of hydration (IG) according to the formula:

$IG = \text{patient MPD} / \text{MPD healthy individuals}$, where:

- MPD patient – the value of MPD obtained from the patient,
- MPD healthy individuals – the average of MPD in healthy persons (for persons of 20–30 is 14.8 mmHg, for 31–50-year-olds – 8.9 mmHg, and for persons older than 51 years is 7.3 mmHg).

IG less than 0.9 reflects the dehydration of the tissues of the body, the value of IG from 0.9 to 1.1 corresponds to the normal degree of hydration of the tissues, and the value of IG more than 1.1 means hyperhydration of the tissues of the body.

Results

The implementation of this method has been demonstrated on the example of the patient with acute gangrenous calculous cholecystitis. The patient's maximum pressure drop was 16 mmHg. The average rate of MPD in healthy people in this age group is 8.9 mmHg. Based on the above formula, the index of hydration for this patient was:

$$IG = 16 / 8.9 = 1.79 \text{ units.}$$

This result indicates a severe overhydration of the tissues. The analysis of the index of hydration of 17 patients with severe clinical forms of acute calculous cholecystitis was performed. For all of them the index tended to be above 1.1 units.

Conclusions

- 1) The proposed method of determining the extent of hydration of the tissues by application of edemometry is a simple, non-invasive and highly informative.
- 2) In patients with severe forms of acute calculous cholecystitis advanced hyperhydration of the tissues can be observed.

WYNIKI LECZENIA PRZEWLEKŁEJ NIWYDOLNOŚCI NEREK METODĄ TRANSPLANTACJI NERKI - ANALIZA 810 PRZYPADKÓW

Beata Bzoma (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Małgorzata Dobrzycka (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Alicja Dębska-Ślizień (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Andrzej Chamienia (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Anna Milecka (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Stanisław Hać (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Wstęp

Częstość występowania przewlekłej niewydolności nerek w Polsce wzrasta, liczba pacjentów sięga 4,2 mln chorych. Długotrwały przebieg choroby w sposób istotny wpływa na jakość życia pacjentów. Metodą o uznanej skuteczności w leczeniu schyłkowej niewydolności nerek jest przeszczepienie nerki, pobranej od dawcy żywego bądź zmarłego.

Cel pracy

Celem pracy jest retrospektywna ocena wyników leczenia pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek metodą transplantacji nerki u pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej i hospitalizowanych w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, w latach 2009–2016.

Metodyka

Retrospektywna ocena wybranych parametrów, związanych z przeszczepieniem nerki u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, zakwalifikowanych na Krajową Listę Oczekujących na Przeszczepienie oraz przeszczepionych w Gdańskim Ośrodku Transplantacyjnym, w latach 2009–2016.

Wyniki

W latach 2009–2016 wykonano 810 przeszczepień nerek, pobranych od dawców zmarłych i żywych (F 40,6%, M 39,3%). Średnia przeżywalność biorców w 1. roku po transplantacji wyniosła 99,8%. U 6,8% pacjentów wykonano przeszczep wyprzedzający, 19,9% pacjentów miało wykonaną transplantację nerki w wieku powyżej 60 lat. Najstarszy pacjent miał 81 lat. U 13% pacjentów przyczyną niewydolności nerek była cukrzyca. Średni czas zimnego niedokrwienia wynosił 945 minut. W okresie pooperacyjnym opóźnioną funkcję graftu obserwowano u 31% pacjentów. Najczęstszym protokołem immunosupresji były: cyklosporyna A, mykofenolan mofetylu, prednizon.

Wnioski

Przeszczepienie nerki jest skuteczną metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek. Wiąże się z wysoką przeżywalnością chorych. Wzrasta częstość pacjentów w wieku powyżej 60 lat i obciążonych cukrzycą.

ZASTOSOWANIE PROTEZ PRZEŁYKOWYCH W ENDOSKOPOWYM LECZENIU ZABURZEŃ POŁYKANIA

Michał Putko (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Szpital im. M. Kopernika – Gdańsk)

Cezary Piatkowski (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Szpital im. M. Kopernika – Gdańsk)

Marek Dobosz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Szpital im. M. Kopernika – Gdańsk)

Anna Kowalik (Gdański Uniwersytet Medyczny – Pruszcz Gdański)

Marcin Folwarski (Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Stenty przełykowe są obecnie najskuteczniejszą metodą w leczeniu zaburzeń połykania, spowodowanych zamknięciem bądź zwężeniem światła przełyku na tle nowotworowym i zapalnym. Pozwalają również skutecznie leczyć przetoki nowotworowe oraz powikłania leczenia chirurgicznego. Mimo że są to głównie procedury paliatywne, to, niezależnie od przyczyny, przywracają drożność przewodu pokarmowego, znacząco poprawiają komfort, przedłużają życie, a także umożliwiają skuteczne leczenie.

Cel pracy

Ocena własnych doświadczeń w leczeniu zaburzeń połykania spowodowanych zaburzeniem pasażu przełykowego, w przebiegu: nieoperacyjnego raka przełyku, naciekających nowotworów płuc, żołądka, śródpiersia, trzustki, przetok nowotworowych, zwężeń pozapalnych i pooparzeniowych oraz powikłań leczenia endoskopowego i operacyjnego.

Metodyka

Przedstawiono 71 przypadków pacjentów hospitalizowanych w oddziale w latach 2008–2016, którym zaimplantowano endoskopowo 82 protezy przełykowe. Dominującym wskazaniem do tej procedury była dysfagia uniemożliwiająca skuteczne odżywianie. Procedurze poddano: 37 pacjentów z nieoperacyjnym rakiem przełyku, 10 – z rakiem żołądka naciekającym przełyk bądź stenozującym wpust żołądka, 12 – z rakiem płu-

ca (w tym 5 z przetoką przełykowo-oskrzelową i 1 z przetoką przełykowo-śródpiersiową), 5 – ze zwężeniem pozapalnym, 3 – ze zwężeniem pooparzeniowym, 1 – z guzem trzustki naciekającym przejście przełykowo-żołądkowe, 1 – z guzem śródpiersia naciekającym przełyk i 1 – po rekonstrukcji z powodu atrezji przełyku. Dodatkowo 2 osoby poddano stentowaniu z powodu jatrogennej perforacji po balonowym poszerzaniu, a 1 – z powodu rozejścia miejsca zeszywania po chirurgicznym wycięciu uchyłka przełyku.

Wyniki

Procedurze poddano 71 pacjentów w przedziale wiekowym od 20 do 89 lat (25 kobiet i 46 mężczyzn). Zadowalający wynik uzyskano u 95,74% chorych. U 6 pacjentów wystąpiły powikłania: u 3 – migracja protez z możliwością ponownego protezowania; u 2 – krwawienie po stentowaniu, które ustąpiło samoistnie; u 1 rozpoznano utrzymującą się dysfagię, pomimo właściwego położenia protezy; 8 pacjentów wymagało założenia więcej niż jednego stentu. U pozostałych nie odnotowano zdarzeń niepożądanych związanych z implantacją protezy.

Wnioski

Endoskopowe protezowanie przełyku jest skuteczną procedurą w przypadkach dysfagii spowodowanej zwężeniem przełyku oraz w leczeniu nieszczelności przełyku po zabiegach operacyjnych i endoskopowych.

RĘKAWICZKI CHIRURGICZNE POKRYTE MATERIAŁEM SUPERHYDROFOBOWYM MOGĄ ZMNIEJSZAĆ KONTAMINACJĘ POLA OPERACYJNEGO

Maciej Śledziński (Katedra Medycyny Ratunkowej, Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej – Gdańsk)

Marek Bronk (Laboratorium Mikrobiologii Klinicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Wstęp

Powierzchnie superhydrofobowe wymuszają na kroplach cieczy przybieranie niemal kulistych kształtów, co nadaje im wyjątkowe cechy samooczyszczania. W ostatnich latach powierzchnie te są aktywnie badane zarówno w wielu gałęziach przemysłu, jak i obszarze biomedycznym, jako substraty do kontrolowania adsorpcji białek, oddziaływania komórkowego i wzrostu bakterii. Zabiegi w skażonym polu operacyjnym związane są z wysokim ryzykiem zakażenia rany. Głównym nośnikiem kontaminacji są rękawiczki chirurga, które najczęściej wykonane są z gumy lateksowej. Pokrycie rękawiczki chirurgicznej powierzchnią superhydrofobową mogłoby ograniczyć przywieranie bakterii i kontaminację rany w trakcie zabiegu.

Metodyka

Rękawiczkę lateksową bezpudrową pokryto ok. 20 ml preparatu Ultra Ever Dry, który – wykorzystując nanotechnologię – zapewnia właściwości superhydrofobiczne oraz olejofobiczne zabezpieczonej nim powierzchni. Palce rękawiczki bez powłoki i z powłoką zanurzano na 60 sekund w tym sa-

mym roztworze skażonej treści. Powtórzono eksperyment, pokrywając rękawiczkę ok. 40 ml preparatu. Oceniono wzrost bakterii wyrażony w ilości komórek bakteryjnych w 1 ml płucznym z podobnej wielkości fragmentów rękawiczki.

Wyniki

Zaobserwowano mniejszą kontaminację rękawiczek pokrytych powłoką superhydrofobową względem rękawiczek bez powłoki. Przy pokryciu rękawiczki 20 ml preparatu stwierdzono w badaniu ilościowym 196 tys. jtk/ml (jednostek tworzących kolonię) $\pm 25,8$ vs 245 tys. jtk/ml $\pm 49,2$ ($p = 0,03$). Przy pokryciu 40 ml preparatu 62 tys. jtk/ml $\pm 64,2$ vs 236 tys. jtk/ml $\pm 128,6$ ($p = 0,01$).

Wnioski

Pokrycie rękawiczek chirurgicznych powłoką superhydrofobową może zmniejszać kontaminację pola operacyjnego i rany. Wykonany eksperyment zachęca do dalszych badań nad wykorzystaniem powłok superhydrofobowych w chirurgii.

„MINI-EPIDEMIA” NIEDROŻNOŚCI ŻÓŁCIOWEJ – OPIS PRZYPADKÓW (MATERIAŁ WŁASNY)**Magdalena Ćwiklińska-Dworakowska** (Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego – Wysokie Mazowieckie)**Jarosław Szymczuk** (Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego – Wysokie Mazowieckie)**Grzegorz Pogorzelski** (Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego – Wysokie Mazowieckie)**Jacek Pierko** (Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego – Wysokie Mazowieckie)**Hanna Agata Gimer** (Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego – Wysokie Mazowieckie)**Michał Posmyk** (Oddział Chirurgiczny Szpitala Ogólnego – Wysokie Mazowieckie)**Wstęp**

Niedrożność przewodu pokarmowego jest jedną z częstszych jednostek chorobowych spotykanych wśród pacjentów oddziałów chirurgicznych na całym świecie, natomiast niedrożność żółciowa jelit jest zjawiskiem kazuistycznym. Jako przyczyna obturacji przewodu pokarmowego występuje w 1,4–6% przypadków, z czego 0,4–1,5% dotyczy pacjentów z kamicą żółciową pęcherzykową. Jako przyczyna niedrożności jelita cienkiego u kobiet powyżej 65. r.ż. stanowi już jednak 23–25%. Początkowo objawy choroby mogą być niecharakterystyczne, jednak brak poprawy po leczeniu zachowawczym lub rozwój mechanicznej niedrożności przewodu pokarmowego skłaniają ku pogłębieniu diagnostyki lub leczeniu operacyjnemu.

Opis przypadku

W 2016 roku zaobserwowaliśmy na oddziale chirurgicznym „miniepidemię” niedrożności żółciowej – w odstępie 1 miesiąca zdiagnozowano powyższą jednostkę chorobową u 2 pacjentek płci żeńskiej. U obu opisywanych pacjentek stwierdzono niedrożność przewodu pokarmowego na tle kamienia

żółciowego – jest to rzadka przyczyna obturacji przewodu pokarmowego. Pierwsze opisy w piśmiennictwie zostały opublikowane w 1654 r. przez E. Bartholiniego, następnie w latach kolejnych przez: Beaussier’a (1770 r.), Bonnet’a (1841 r.) oraz Bouvereta (1896 r.). Po dzień dzisiejszy zablokowanie dwunastnicy przez kamień żółciowy nazywane jest zespołem Bouverta, zaś niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego spowodowana kamieniem żółciowym określa się jako zespół Bernarda. W diagnostyce obrazowej zaobserwowano u chorych objawy triady Riglera. Badaniem o najwyższej czułości i specyficzności jest tomografia komputerowa, która jednak nie zawsze jest jednoznaczoną metodą diagnostyczną. Obie pacjentki operowano metodą chirurgii małoinwazyjnej. Pacjentki wypisano do domu w dobrym stanie ogólnym, pierwszą – w 4. dobie pooperacyjnej, zaś drugą – w 7. dobie pooperacyjnej.

TECHNOLOGIA UBIERALNA („WEARABLE”) I PROZDROWOTNE APLIKACJE MEDYCZNE – WYKORZYSTANIE PRZEZ STUDENTÓW MEDYCYNY I LEKARZY

Natalia Wrzesińska (Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Sebastian Willenberg (Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Homero Rivas (Minimally Invasive Surgery, Stanford University – Stanford)

Wstęp

Technologie typu ubieralnego (wearable), takie jak trakery aktywności czy okulary z rozszerzoną rzeczywistością, mają wiele zastosowań zarówno w szkoleniu medycznym, jak i praktyce lekarskiej, a także w propagowaniu zdrowego trybu życia. Każda aktywność życiowa jest „mierzalna” (50% Amerykanów monitoruje funkcje życiowe i aktywność fizyczną). Część zebranych danych może mieć wartość diagnostyczną.

Cel pracy

Ocena wiedzy studentów i lekarzy na temat technologii ubieralnych oraz ocena nastawienia społeczności medycznej do używania technologii ubieralnych w praktyce medycznej.

Metodyka

Ankietę (składającą się z 20 pytań) na temat nowych technologii wypełnili studenci i lekarze. Pytano o aplikacje mobilne, trakery aktywności, okulary z rozszerzoną rzeczywistością. Ankietę wypełniło 88 osób (w tym 61 studentów) – 32 mężczyzn i 56 kobiet. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 25,5 lat.

Wyniki

76 ankietowanych (86,4%) ma na swoim smartfonie aplikację mobilną związaną ze zdrowiem. Najczęściej są to aplikacje sportowe oraz kompendium leków. Tylko 2 ankietowanych

nie poleciliby takich aplikacji swoim pacjentom. Na pytanie o przydatność aplikacji mobilnych związanych ze zdrowiem/medycyną, tylko 1 osoba odpowiedziała przecząco. Większość ankietowanych potwierdza przydatność technologii ubieralnej w praktyce medycznej (72,4%) oraz wyraża przypuszczenie, że dane kliniczne będą zbierane w przyszłości za ich pomocą (97,7%). 89,8% ankietowanych rekomendowałoby trakery aktywności swoim pacjentom, a 82,4% używałoby danych zebranych za ich pomocą w diagnostyce i leczeniu. Jeśli chodzi o okulary z rozszerzoną/wirtualną rzeczywistością, 52% ankietowanych twierdzi, że byłyby przydatne w szkoleniu, jednak aż 75% pytanych nie zna ich potencjalnych zastosowań w praktyce medycznej.

Wnioski

Studenci medycyny i lekarze używają bądź chcą używać nowych technologii w swojej praktyce i szkoleniu, jednak potrzebują bardziej szczegółowych informacji na temat cyfrowego zdrowia.

KWAS NADOCTOWY JAKO POTENCJALNY CZYNNIK INDUKUJĄCY OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI

Dagmara Korjat (Katedra Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Katedra Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Woźniak (Katedra i Zakład Chemii Medycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Agata Zauszkiewicz-Pawlak (Katedra i Zakład Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Kamil Jankowski (Katedra Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Znana w chemii od lat prosta reakcja kwasu octowego z nadtlakiem wodoru prowadząca do powstawania kwasu nadoctowego nie była dotąd brana pod uwagę jako potencjalny czynnik biorący udział w patogenezie ostrego zapalenia trzustki (OZT). Choroba ta, wywoływana głównie przez kamicę żółciową i alkohol etylowy, od lat stanowi problem kliniczny, a dokładny mechanizm jej przebiegu pozostaje nieznanymi¹.

Cel pracy

Potwierdzenie hipotezy, że kwas nadoctowy, z uwagi na możliwość selektywnego utleniania reszt ε-lizynowych w białkach mitochondrialnych, prowadzi do indukcji stresu oksydacyjnego, który jest znanym czynnikiem wywołującym OZT.

Metodyka

W niniejszej pracy poddano analizie jedną z możliwych hipotez, według której kwas nadoctowy, poprzez możliwość selektywnego utleniania reszt ε-lizynowych w białkach mitochondrialnych, prowadzi do indukcji stresu oksydacyjnego,

który jest znanym czynnikiem wywołującym OZT. Jedną z konsekwencji metabolizmu etanolu w komórkach pęcherzykowych trzustki jest wzrost stężenia nadtlaku wodoru, który w pozaustrojowej reakcji chemicznej w połączeniu z kwasem octowym (metabolitem alkoholu) prowadzi do powstawania nadkwasu octowego². Potwierdzenie hipotezy, że podobna reakcja może zachodzić również wewnątrzustrojowo, podczas metabolizowania alkoholu w komórkach pęcherzykowych trzustki, oraz założenia, że nadkwas octowy stanowi finalny metabolit etanolu, pozwoliłoby na spojrzenie na patogenezę OZT w zupełnie inny sposób.

Wyniki

Przedstawione wyniki obrazują wpływ nadkwasu octowego na morfologię komórek pęcherzykowych trzustki oraz jego znaczący wpływ na żywotność komórek w porównaniu z innymi fizjologicznymi metabolitami alkoholu etylowego. Ponadto stwierdzono, że wyizolowane trzustki szczurze – po traktowaniu kwasem nadoctowym – wykazywały takie zmiany, jak obrzęk, stan zapalny czy martwica.

KWAS NADOCTOWY JAKO POTENCJALNY CZYNNIK INDUKUJĄCY OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI

Dagmara Korjat (Katedra Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Katedra Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Agata Zauszkiewicz-Pawlak (Katedra Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Woźniak (Katedra i Zakład Chemii Medycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Agata Zauszkiewicz-Pawlak (Katedra i Zakład Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Znana w chemii od lat prosta reakcja kwasu octowego z nadtlakiem wodoru prowadząca do powstawania kwasu nadoctowego nie była dotąd brana pod uwagę jako potencjalny czynnik biorący udział w patogenezie ostrego zapalenia trzustki (OZT). Choroba ta, wywoływana głównie przez kamicę żółciową i alkohol etylowy, od lat stanowi problem kliniczny, a dokładny mechanizm jej przebiegu pozostaje niezany¹.

Cel pracy

Potwierdzenie hipotezy, że kwas nadoctowy, z uwagi na możliwość selektywnego utleniania reszt ε-lizynowych w białkach mitochondrialnych, prowadzi do indukcji stresu oksydacyjnego, który jest znanym czynnikiem wywołującym OZT.

Metodyka

W niniejszej pracy poddano analizie jedną z możliwych hipotez, według której kwas nadoctowy, poprzez możliwość selektywnego utleniania reszt ε-lizynowych w białkach mitochondrialnych, prowadzi do indukcji stresu oksydacyjnego,

który jest znanym czynnikiem wywołującym OZT. Jedną z konsekwencji metabolizmu etanolu w komórkach pęcherzykowych trzustki jest wzrost stężenia nadtlaku wodoru, który w pozaustrojowej reakcji chemicznej w połączeniu z kwasem octowym (metabolitem alkoholu) prowadzi do powstawania nadkwasu octowego². Potwierdzenie hipotezy, że podobna reakcja może zachodzić również wewnątrzustrojowo, podczas metabolizowania alkoholu w komórkach pęcherzykowych trzustki, oraz założenia, że nadkwas octowy stanowi finalny metabolit etanolu, pozwoliłoby na spojrzenie na patogenezę OZT w zupełnie inny sposób.

Wyniki

Przedstawione wyniki obrazują wpływ nadkwasu octowego na morfologię komórek pęcherzykowych trzustki oraz jego znaczący wpływ na żywotność komórek w porównaniu z innymi fizjologicznymi metabolitami alkoholu etylowego. Ponadto stwierdzono, że wyizolowane trzustki szczurze – po traktowaniu kwasem nadoctowym – wykazywały takie zmiany, jak obrzęk, stan zapalny czy martwica.

NADKWAS OCTOWY JAKO PRAWDOPODOBNY EFEKTOR BIAŁKOWEJ FOSFATAZY TYROZYNOWEJ CD45

Dagmara Korjat (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Alicja Kuban-Jankowska (Katedra i Zakład Chemii Medycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Woźniak (Katedra i Zakład Chemii Medycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Białkowa fosfataza tyrozynowa (protein-tyrosine-phosphatase, PTP) to liczna, heterogenna grupa enzymów, zlokalizowanych w różnych częściach komórki. Można je podzielić na przezbłonowe i nieprzezbłonowe. Mimo dużej różnorodności PTP posiadają niemal identyczny rdzeń tworzący domenę katalityczną. Białkowe fosfatazy tyrozynowe działają przeciwnie do białkowych kinaz tyrozynowych, tzn. odłączają reszty fosforanowe od reszt tyrozynowych innych białek enzymatycznych i w ten sposób powodują ich unieczynnienie. Tego typu kontrola dotyczy wielu procesów fizjologicznych.

Stwierdzono, że nadtlenek wodoru hamuje białkowe fosfatazy tyrozynowe poprzez utlenianie katalitycznej cysteiny, jak również może w obecności kwasów karboksylowych prowadzić do powstawania nadkwasów karboksylowych o silnych właściwościach utleniających.

Cel pracy

W niniejszej pracy starano się odpowiedzieć na pytanie: czy nadkwas octowy może wykazywać hamujące właściwości w stosunku do enzymatycznej aktywności białkowej fosfatazy tyrozynowej CD45?

Metodyka

Przeprowadzono doświadczenie mające na celu porównanie aktywności enzymatycznej białkowej fosfatazy tyrozynowej CD45 – po traktowaniu zarówno nadtlenkiem wodoru, jak i nadkwasem octowym. W tym celu wykorzystano komercyjnie dostępną CD45 i przygotowano jej roztwór o finalnym

stężeniu 0,8 µg/mL (10 nM) w buforze 10 mM HEPES o pH równym 7,4. Doświadczenie przeprowadzono na szalkach 96-dołkowych, a końcowa objętość każdego z dołków wyniosła 200 µl. Przy użyciu 1 mM fosforanu paranitrofenolu (pNPP), który pod wpływem działania fosfataz jest hydrolizowany do paranitrofenolu, określono aktywność enzymatyczną przed (kontrola) i po traktowaniu kwasem nadoctowym i nadtlenkiem wodoru.

Wyniki

Otrzymane wyniki wykazały, iż wpływ nadtlenu wodoru i nadkwasu octowego powoduje inhibicję CD45 na poziomie IC50 odpowiednio: 8 µM oraz 5 µM.

Wnioski

W komórkach pęcherzykowych trzustki wykryto obecność fosfatazy tyrozynowej CD45, będącej molekularnym wyzwalaczem stanu zapalnego poprzez indukcję cytokin prozapalnych. Uzyskane wyniki doświadczenia i wcześniejsze doniesienia naukowe pozwoliły na postawienie pytania, czy nadkwasy karboksylowe mogą stanowić efektor dla fosfataz tyrozynowych, a tym samym – leżeć u podstaw patogenezy ostrego zapalenia trzustki?

OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY W PRZEBIEGU LECZENIA UWIEŻNIĘTEJ PRZEPUKLINY KRESY BIAŁEJ U PACJENTA Z ALKOHOLOWĄ MARSKOŚCIĄ WĄTROBY

Nina Moroz (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Lublin)

Jakub Litwiński (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Lublin)

Maciej Wrzesiński (Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony – Szczecin)

Marta Wawrzynowicz-Syczewska (Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony – Szczecin)

Ryszard Wierzbicki (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Lublin)

Opis przypadku

45-letni pacjent z marskością wątroby w wywiadzie został przyjęty do Oddziału Chirurgii Szpitala MSWiA w Lublinie w trybie pilnym 9 października 2014 r. z powodu uwięźniętej przepukliny kresy białej. Został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego 10 października 2014 r. W pierwszej dobie po operacji wystąpiły objawy niewydolności wątroby z anemią

i małopłytkowością. Przetaczano preparaty krwi. 19 października 2014 r. ze względu na narastające wodobrzusze wykonano punkcję odbarczającą jamy otrzewnej, ewakuując 10,5 l płynu puchlinowego podbarwionego hematyną. W trakcie hospitalizacji narastała niewydolność wątroby, odzwierciedlająca się w badaniach biochemicznych i stanie ogólnym chorego. 3 listopada 2014 r. po przeprowadzonej telekonferencji oraz na podstawie poprzednich konsultacji i ustaleń z lekarzami z Kliniki Chorób Zakaźnych i oddziału Chirurgii

w Szczecinie pacjenta w stanie ciężkim przekazano transportem lotniczym do Kliniki Chorób Zakaźnych, Hepatologii i Transplantacji Wątroby w Szczecinie celem kwalifikacji do przeszczepu wątroby. W momencie przyjęcia: hiperbilirubinemia 45 mg%, skaża krwotoczna – małopłytkowość 20 tys., INR 2,1, liczne wylewy krwawe powłok, wodobrzusze. Stwierdzono masywną zakrzepicę układu wrotnego oraz posocznicę *Escherichia coli* ESB⁺. Podjęto leczenie zachowawcze,

włączono celowaną antybiotykoterapię. 13 listopada 2014 r. pacjent został zakwalifikowany do pilnego przeszczepu wątroby. Przebieg pooperacyjny powikłany obustronnym zapaleniem płuc i ropniami OUN o grzybiczej etiologii, przetoką trzustkową (leczoną protezowaniem przewodu Wirsunga) i alimfocytozą. Pacjent rozwinął objawy charakterystyczne dla AIDS mimo braku zakażenia wirusem HIV. Pomimo modyfikacji immunosupresji i intensywnej wielolekowej antybiotykoterapii chory zmarł na skutek postępującej infekcji.

RZADKIE POWIKŁANIA ENDOSKOPII GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO - DOŚWIADCZENIE AMBULATORYJNEJ PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

Szymon Pietruszka (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Benita Siarkiewicz (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Adam Skórka (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jakub Wnuk (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Aleksander Zajac (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Ezofagoduodenoskopia jest bezpiecznym badaniem diagnostycznym górnego odcinka przewodu pokarmowego. Typowe, rzadkie powikłania, takie jak: krwawienie, uszkodzenie śluzówki czy perforacja, występują bardzo rzadko. Doniesienia o innych powikłaniach pozostają kazuistyczne.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie kazuistycznych powikłań diagnostycznego badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego, obserwowanych w pojedynczej pracowni endoskopowej.

Metodyka

W 2015 r. w referencyjnej pracowni endoskopowej I Katedry Chirurgii UJCM wykonano 1145 diagnostycznych badań endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego, w trybie ambulatoryjnym. Opisano 3 kazuistyczne powikłania, które wystąpiły w trakcie wykonywania procedury. W poszukiwaniu podobnych powikłań przeszukano bazę PubMed.

Wyniki

Całkowity odsetek powikłań w grupie 1145 diagnostycznych badań górnego odcinka przewodu pokarmowego wyniósł 0,6%. Najczęstszym opisanym powikłaniem było krwawienie po pobraniu wycinków. W analizowanej bazie nie odnaleziono przypadków perforacji. Stwierdzono 3 procedury powikłane rzadkimi zespołami chorobowymi: 63-letnia kobieta z zespołem przemijającej niepamięci wstecznej (TGA); 74-letni mężczyzna z krwawieniem z zewnętrznego kanału słuchowego; 65-letnia kobieta z pęknięciem błony bębenkowej.

Wnioski

- 1) Opisane zespoły chorobowe są bardzo rzadkimi bezpośrednimi powikłaniami ezofagoduodenoskopii diagnostycznej.
- 2) W literaturze stwierdzono 4 opisane przypadki TGA oraz brak doniesień na temat uszkodzeń aparatu słuchowego.

ZASTOSOWANIE DALBAWANCYNY (XYDALBA) W LECZENIU MARTWICZEGO ZAPALENIA POWIĘZI-OPIS PRZYPADKU

Wojciech Cierach (Oddział Transplantologii, Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Plastycznej, Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – Poznań)

Honorata Stadnik (Oddział Transplantologii, Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Plastycznej, Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – Poznań)

Marek Karczewski (Oddział Transplantologii, Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Plastycznej, Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – Poznań)

Wstęp

Martwicze zapalenie powięzi (MZP) jest rzadko występującym zakażeniem podskórnej tkanki łącznej, które szerzy się wzdłuż powięzi, powodując rozległą martwicę tkanek miękkich. Obarczone jest śmiertelnością na poziomie 25–35%. Dalbawancyna to nowy antybiotyk lipoglikopeptydowy, wskazany do stosowania w leczeniu ostrych bakteryjnych zakażeń skóry i tkanek miękkich z wykazaną in vitro oraz in vivo aktywnością przeciwko bakteriom Gram-dodatnim w tym metycylinoopornemu gronkowcowi złocistemu.

Opis przypadku

59-letnia pacjentka została przywieziona do izby przyjęć z powodu obrzęku prawej kończyny dolnej oraz rozległych krwinków podskórnych w okolicy stawu skokowego. W wywiadzie stwierdzono skręcenie lewego stawu skokowego, które miało miejsce pięć dni wcześniej i zostało zaopatrzone łuską gipsową, oraz stłuczenie lewej dłoni w konsekwencji upadku, do którego doszło w dniu poprzedzającym hospitalizację. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono: PCT 67,04 ng/ml, CRP 319,5 mg/dl, kreatyninę na poziomie 2,86 mg/dl i hyponatremię. Pacjentka z niewydolnością krążeniowo-oddechową została przyjęta na Oddział Intensywnej Terapii (OIT). Zastosowano złożoną, empiryczną antybiotykoterapię dożylną związkami: meropenem, linezolid i klindamycyna. Stwierdzono zmiany pęcherzowe z wysiękiem treści surowiczno-krwistej, masywne obrzęki lewej kończyny dolnej oraz odleżynę II stopnia w okolicy krzyżowej.

Z rany wyhodowano szczep *Streptococcus pyogenes*, wrażliwy na zastosowane antybiotyki. Bakteriemi nie stwierdzono. Pomimo spadku parametrów zapalnych po 4 dniach leczenia, nie uzyskano poprawy stanu klinicznego pacjentki. Zdecydowano o podaniu dalbawancyny w pojedynczej dawce terapeutycznej 1500 mg.

W kolejnych dobach hospitalizacji odnotowano stabilizację układu krążenia oraz poprawę funkcji nerek. Poprawił się stan ogólny pacjentki. Miejscowo na obu podudziach i lewym przedramieniu występowały masywne zmiany pęcherzowe z wysiękiem treści surowiczno-krwistej i ogniskami martwicy. W 15. dobie leczenia wykonano fasciotomię obu kończyn dolnych i przedramienia lewego z powodu ciasnoty międzypowięziowej z postępującym niedokrwieniem skóry i tkanek miękkich. Ze względu na postępującą martwicę podudzia prawego zdecydowano o amputacji kończyny na poziomie uda, pozostałe zmiany martwicze wycięto i zastosowano skuteczną terapię VAC na obszarach objętych ubytkiem tkanek. W 107. dobie hospitalizacji pacjentka w dobrym stanie ogólnym i z zagojonymi ranami została przeniesiona na Oddział Rehabilitacyjny celem dalszego usprawnienia.

RAK GRUCZOŁOWY W POWŁOKACH JAMY BRZUSZNEJ WYWODZĄCY SIĘ Z MOCZOWNIKA - OPIS PRZYPADKU

Sylwia Kustalik (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – Łódź)

Piotr Klejszmit (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – Łódź)

Edyta Santorek-Strumiłło (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – Łódź)

Sławomir Jabłoński (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – Łódź)

Wstęp

Rzadka patologia, jaką jest przetrwały moczownik, może prowadzić u dorosłych do rozwoju różnego typu nieprawidłowości. Rak moczownika jest ekstremalnie rzadkim nowotworem, a co za tym idzie – słabo poznany. W całkowitej populacji występuje 1 raz na 5 milionów ludzi, stanowi to 0,01% wszystkich raków u ludzi dorosłych.

Opis przypadku

54-letnia pacjentka została przyjęta do kliniki z powodu guza ściany jamy brzusznej o średnicy ok. 15 cm, z podejrzeniem endometriozy. W USG jamy brzusznej uwidoczniono w powłokach okolicy podbrzusza rozległą, niskoechogenną strukturę, policyklicznie zarysowaną, z cechami destrukcji płynowej, o łącznych wymiarach 105 × 55 × 45 mm. Zmiana obejmowała mięsień prosty brzucha, szerzyła się w kierunku jamy brzusznej, na poziomie pęcherza moczowego przekraczała otrzewną i odcinkowo przylegała do przedniej ściany mięśnia prostego. Wykonano biopsję chirurgiczną, w badaniu histopatologicznym stwierdzono gruczolakoraka z podejrzeniem punktu wyjścia z moczownika. Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Jamę otrzewnej otwarto z cięcia pośrodkowego dolnego, stwierdzono wciągnięcie sieci i dna pęcherza moczowego w guz powłok jamy brzusznej – guz o wielkości ok. 15 × 12 cm, naciekający całą grubość powłok jamy brzusznej, w tym oba mięśnie proste

brzucha. Usunięto zmianę guzową wraz z dnem pęcherza moczowego, następnie w ubytek w powłoce brzusznej wszyci siatkę Parietex™.

Wciąż trwa dyskusja, jak leczyć raka moczownika. Czy zastosować radioterapię lub chemioterapię neoadiuwantową, czy leczenie operacyjne, a jeśli zabieg – to w jakim zakresie. Piśmiennictwo poświęcone rakowi moczownika to głównie doniesienia skupiające się na badaniach histopatologicznych lub artykuły typu case report.

Wnioski

Rak moczownika jest bardzo rzadkim nowotworem złośliwym, sprawiającym trudności zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu. Uboga symptomatologia i brak specyficznych objawów w badaniach obrazowych dla nowotworów moczownika skutkują późną diagnozą i wysokim stopniem zaawansowania klinicznego tych guzów w momencie postawienia właściwego rozpoznania. Brak standardów postępowania oznacza, że lekarz musi sam ustalić właściwą sekwencję leczenia danego pacjenta, bo nie może oprzeć się na wynikach badań weryfikujących określony model terapii. Ważne jest, żeby pacjent trafił do ośrodka wielodyscyplinarnego, z doświadczeniem i odpowiednim zapleczem diagnostycznym, gdzie istnieje największa szansa na ustalenie właściwego rozpoznania oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia, prowadzonego często w zespole wielospecjalistycznym.

PORÓWNANIE OPIEKI POOPERACYJNEJ PROWADZONEJ ZGODNIE Z PROTOKOŁEM ERAS U PACJENTÓW PODDANYCH OPERACJI LAPAROSKOPOWEJ RESEKCJI RĘKAWOWEJ ŻOŁĄDKA I LAPAROSKOPOWEGO OMINIĘCIA ŻOŁĄDKOWO JELITOWEGO

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Tomasz Stefura (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Jan Witowski (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Maciej Stanek (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marcin Dembiński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Anna Zychowicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marek Winiarski (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Kisielewski (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Mateusz Rubinkiewicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Anna Zub-Pokrowiecka (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) – Kraków)

Wstęp

Najczęściej wykonywanymi operacjami bariatrycznymi na świecie jest obecnie laparoskopowa resekcja rękawowa żołądka (LSG) i laparoskopowe ominięcie żołądkowo-jelitowe (LRYGB). Optymalizacja opieki okołoperacyjnej może być osiągnięta poprzez użycie protokołu Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), który pozwala na wcześniejszą regenerację czynności przewodu pokarmowego. Wydaje się, że istnieją istotne różnice dotyczące przebiegu opieki pooperacyjnej w zależności od typu zabiegu.

Cel pracy

Porównanie przebiegu wczesnej opieki pooperacyjnej prowadzonej zgodnie z protokołem ERAS w grupie chorych operowanych metodą LSG i LRYGB.

Metodyka

Zebrano prospektywnie dane dotyczące chorych leczonych chirurgicznie z powodu otyłości olbrzymiej w II Katedrze Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. W badanej grupie u 364 (63,41%) wykonano LSG, a u 210 (36,59%) LRYGB. Punkty końcowe obejmowały określenie wpływu rodzaju procedury bariatrycznej na czynniki charakteryzujące przebieg pooperacyjny.

Wyniki

Ryzyko nudności i wymiotów po operacji było wyższe w grupie LSG (LRYGB vs LSG, OR: 0,16, CI: 0,05–0,54, $p = 0,003$). Częstość podawania płynu dożylnego pooperacyjnie, w ciągu dnia operacji była wyższa w grupie LSG (LRYGB vs LSG, OR: 0,60, CI: 0,41–0,89, $p = 0,01$). W 1. i 2. dniu pooperacyjnym objętość przyjmowanych płynów doustnych była znacząco wyższa w grupie LRYGB. Średnia diureza w ciągu dnia operacyjnego i pierwszego dnia pooperacyjnego była porównywalna w obu grupach, ale średnia diureza w 2. i 3. dniu pooperacyjnym była istotnie większa w grupie LRYGB. Konieczność podawania leków moczopędnych i przeciwbólowych była porównywalnie częsta w obu grupach. Ryzyko gorączki po operacji było wyższe w grupie LRYGB (LRYGB vs LSG, OR: 1,93, CI: 1,22–3,05, $p = 0,005$). Średnia długość hospitalizacji była wyższa w grupie LSG (LRYGB vs LSG, 3,46 dnia $\pm$ 1,58 vs 3,64 dni $\pm$ 4,41, $p = 0,039$).

Wnioski

Istnieją istotne różnice w przebiegu leczenia pooperacyjnego pomiędzy pacjentami leczonymi LRYGB i LSG. Chorzy po LSG wymagają dłuższego czasu do uzyskania regeneracji czynnościowej przewodu pokarmowego, co wiąże się z dłuższą hospitalizacją.

LECZENIE BÓLU POOPERACYJNEGO – WYDAJNY STANDARD POSTĘPOWANIA W ODDZIALE CHIRURGICZNYM

Krzysztof Graff (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Irmina Śmietańska (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Stanisław Hać (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Tomasz Stefaniak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Radosław Owczuk (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Wstęp

Ból pooperacyjny stanowi integralny element leczenia chirurgicznego, a odpowiednia strategia przeciwbólowa gwarantuje poprawę jakości życia pacjenta, jak również poprawia wyniki leczenia. Takie postępowanie powinno być obecnie wydajne ekonomicznie dla podmiotu leczniczego.

Cel pracy

Badanie farmakoekonomiki oksykodonu i jej porównanie z innymi opioidami wykorzystywanymi w oddziale chirurgicznym jako pierwszy krok ustanawiania standardu leczenia bólu.

Metodyka

Retrospektywna analiza operowanych w klinice pacjentów (N = 53) leczonych opioidami w dawkach podzielonych przez czas 1 tygodnia w 3 okresach różnicowanych brakiem lub dołączeniem oksykodonu do standardowo wykorzystywanych: morfiny i petydyny. Porównywano subiektywną ocenę bólu w numerycznej skali nasilenia bólu (NRS) oraz zadowolenia z leczenia, ilość działań niepożądanych (wymioty, nudności, zaparcia), ilość i koszt opioidów, nieopiodowych leków przeciwbólowych i leków przeciwdziałających działaniom niepożądanym.

Wyniki

Użycie oksykodonu wiązało się z mniejszą liczbą powikłań (spadek zgłaszanych nudności z 45% do 0, stała liczba zaparć), redukcją ilości dawek leku (3,69 vs 6,45 na pacjenta), gwarantując taki sam poziom leczenia bólu (NRS 5 we wszystkich grupach). Większy koszt jednostkowy oksykodonu został skompensowany innymi cechami leku, nie generu-

jąc istotnego wzrostu kosztów leczenia (wzrost o 8% na pacjenta). Petydyna powodowała najczęściej działań ubocznych (8 na 9 chorych zgłaszało nudności lub wymioty). Największy wpływ na całkowite koszty leczenia miały nieopiodowe leki przeciwbólowe (4,91 EUR vs 5,89 EUR w grupie oksykodonu i 2,26 EUR vs 7,42 EUR dla uśrednionych okresów bez oksykodonu).

Wnioski

Oksykodon ma wyższy koszt jednostkowy, ale jego inne cechy wpływają na redukcję kosztów pozostałych procedur terapeutycznych, jak również ułatwiają organizację pracy oddziału. Wyniki badania doprowadziły do wprowadzenia oksykodonu na stałe do schematu leczenia bólu w Klinice. Powyższa analiza powinna stanowić podstawę dalszych badań dotyczących drogi podania leków, szczegółowych protokołów dla różnych grup pacjentów i nefarmakologicznych metod leczenia bólu.

CZY JESTEŚMY GOTOWI NA PROTOKÓŁ ERAS W CHIRURGII KOŁOREKTALNEJ?

Michał Kisielewski (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Mateusz Rubinkiewicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Kazimierz Rembiasz (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Zasady postępowania okołoperacyjnego u pacjentów operowanych planowo z powodu schorzeń jelita grubego są jasne i ogólnodostępne (protokół Enhanced Recovery After Surgery – ERAS). Bariery we wprowadzaniu praktyki klinicznej opartej na faktach medycznych wciąż jednak istnieją. Jedną z takich barier pozostaje chirurg.

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie trendów opieki okołoperacyjnej w planowej chirurgii kolorektalnej wśród specjalistów chirurgii ogólnej w Małopolsce.

Metodyka

Anonimowe badanie ankietowe, zawierające 20 pytań opartych na założeniach protokołu ERAS, zostało przeprowadzone wśród specjalistów chirurgii ogólnej w małopolskich oddziałach chirurgicznych.

Wyniki

Odsetek odpowiedzi wyniósł 66%. Takie elementy jak profilaktyka antybiotykowa i przeciwwzkrzepowa, pooperacyjna tlenoterapia i unikanie zgłębników nosowo-żołądkowych cieszyły się dużym poparciem chirurgów. Z drugiej strony takie istotne elementy opieki okołoperacyjnej jak brak rutynowe-

go przygotowania jelita grubego, przedoperacyjna podaż płynu doustnego bogatego w węglowodany, zastosowanie laparoskopii, unikanie stosowania drenów, wczesne uruchomienie i żywienie doustne po zabiegu operacyjnym, nie były akceptowane przez chirurgów. Co ciekawe, poziom akceptacji takich czynników jak np. stosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego czy restrykcyjnej płynoterapii był na wysokim poziomie.

Wnioski

Wiele elementów opieki okołoperacyjnej w planowej chirurgii kolorektalnej w Małopolsce jest wciąż oparte na dogmatach. Poziom akceptacji wielu istotnych elementów opieki okołoperacyjnej, stosowanie których jest uzasadnione medycyną opartą na faktach, jest nadal niski. Chirurgowie są otwarci na zmiany tylko w tych elementach, które nie dotyczą ich praktyki klinicznej.

ERAS – WPROWADZANIE PROTOKOŁU, A PRZESZKODY NAPOTYKANE W POLSKICH ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH

Wojciech Hap (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Julia Rudno-Rudzińska (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Ewelina Frejlich (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Krzysztof Kotulski (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wojciech Kielan (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wstęp

W 2016 r. rozpoczęliśmy realizację protokołu ERAS w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu. Według wstępnych założeń protokołem ERAS objęliśmy pacjentów operowanych z powodu guzów jelita grubego. Badania wskazują na znaczne korzyści odnoszone ze stosowania tego protokołu w chirurgii jelita grubego.

Cel pracy

Określenie trudności we wczesnej fazie realizacji protokołu ERAS w polskim oddziale chirurgicznym.

Metodyka

Analiza stopnia realizacji protokołu ERAS po 7 miesiącach stosowania w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu.

Wyniki

W pierwszych 7 miesiącach realizacji protokołu ERAS w naszym ośrodku operowano 42 pacjentów z guzami jelita grubego. Do protokołu ERAS zakwalifikowano 15 pacjentów (35,7%). Pozostałych pacjentów operowano według dotychczasowych standardów obowiązujących w Klinice. U 6 pacjentów (40%) realizacja protokołu ERAS powiodła się. W pozostałych przypadkach komplikacje na różnych etapach postępowania spowodowały odstępianie od realizacji ERAS. Napotkane przez nas trudności to:

- 1) mała ilość czasu poświęcana pacjentowi na przygotowanie do zabiegu operacyjnego;
- 2) niechęć do realizacji zaleceń przez pacjenta;
- 3) brak współpracy z POZ;
- 4) obawy przed operacją na nieprzygotowanym jelicie;
- 5) brak rehabilitacji w dobie operacji;
- 6) wymioty i nudności pooperacyjne;
- 7) obawa przed wczesnym włączeniem żywienia doustnego;
- 8) obawa przed operowaniem bez pozostawiania drenu;
- 9) obawa przed odstępianiem od antybiotykoterapii;
- 10) obawa przed odstępianiem od żywienia pozajelitowego.

Nie napotkaliśmy trudności po stronie anestezjologów – stosowano zgodny z zaleceniami protokół znieczulenia, pły-

noterapii i leczenia bólu. Nie napotkaliśmy problemów z realizowaniem zabiegów metodą laparoskopową. Personel pielęgniarski pozytywnie ocenił protokół ERAS, ze względu na znaczne ograniczenie farmakoterapii i płynoterapii oraz szybsze usamodzielnianie się pacjenta.

Wnioski

Realizacja protokołu ERAS w polskim oddziale chirurgicznym może napotkać trudności wynikające z niedostatecznej liczby personelu medycznego, przez co czas poświęcany pacjentowi jest ograniczony. Problematyczny jest brak współpracy z lekarzami POZ. Znacznym problemem jest ograniczone zaufanie pacjentów do lekarzy i niestosowanie się do zaleceń. Istotnym problemem jest brak zaufania chirurgów do wyników badań naukowych i przywiązanie do tradycyjnego postępowania.

WZROST STĘŻENIA KREATYNINY W SUROWICY KRWI I POWIKŁANIA U PACJENTÓW PODDANYCH ZABIEGOM OPERACYJNYM Z POWODU GUZÓW JELITA GRUBEGO, A REALIZACJA ZALECEŃ DOTYCZĄCYCH PODAŻY PŁYNÓW

Wojciech Hap (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Katarzyna Hap (Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Oktawia Mazanowska (Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Julia Rudno-Rudzińska (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Ewelina Frejlich (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wojciech Kielan (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wstęp

Stężenie kreatyniny w surowicy krwi jest najczęściej stosowanym miernikiem funkcji nerek. Zabieg operacyjny i opieka okołoperacyjna mają wpływ na funkcję nerek. Wzrost stężenia kreatyniny wzbudza niepokój, prowadzi do modyfikacji zaleceń i bacznej obserwacji klinicznej.

Cel pracy

Określenie istotności wzrostu stężenia kreatyniny w surowicy krwi (sCr) u pacjentów operowanych z powodu raka jelita grubego. Ocena wystąpienia powikłań pooperacyjnych i stosowanego modelu płynoterapii w zależności od wzrostu sCr.

Metodyka

Analiza zmian stężenia kreatyniny w surowicy krwi u pacjentów operowanych z powodu guzów jelita grubego w Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej USK we Wrocławiu od stycznia 2015 r. do maja 2017 r.. W analizowanym okresie stosowano 3 modele płynoterapii: tradycyjny (2,5–3,0 l płynów dożylnie na dobę do czasu włączenia żywienia doustnego), restrykcyjny (1,0–1,5 l płynów dożylnie do 2. doby po zabiegu) oraz protokół ERAS.

Wyniki

Do analizy zakwalifikowano 220 pacjentów operowanych z powodu guza jelita grubego. Podwyższone sCr przy przyjęciu do szpitala stwierdzono u 26 chorych, których wyłączono z dalszej obserwacji. W grupie 194 pacjentów z prawidłowym

sCr przy przyjęciu powikłania pooperacyjne wystąpiły łącznie u 23 osób (11,3%). Wzrost sCr obserwowano u 22 chorych (11,3%). W tej grupie pacjentów powikłania wystąpiły u 14 osób (63,6%). Jednocześnie obserwowano wzrost stężenia CRP i ilości WBC, a także cięższy przebieg powikłań. W grupie 22 pacjentów ze stwierdzonym wzrostem sCr u 8 stosowano płynoterapię tradycyjną (u tych pacjentów wzrost kreatyniny wiązał się z wystąpieniem powikłań), u 11 pacjentów stosowano płynoterapię restrykcyjną (u 5 nie stwierdzono powikłań, a wzrost sCr następował w 4. dobie po operacji), a u 3 pacjentów leczonych według protokołu ERAS wzrost sCr obserwowano w 2. dobie po operacji – pacjenci ci nie stosowali się do zaleceń dotyczących spożywania odpowiedniej ilości płynów.

Wnioski

Wzrost stężenia kreatyniny w surowicy krwi i wskaźników stanu zapalnego może być predyktorem wystąpienia ciężkich powikłań pooperacyjnych. Ograniczeniem płynoterapii restrykcyjnej i protokołu ERAS jest stopień realizacji zaleceń dotyczących spożywania płynów. Obawa pacjenta przed wystąpieniem powikłań wiąże się ze znacznym ograniczeniem przyjmowania płynów i pokarmów. Należy zwrócić uwagę na staranniejszą edukację w zakresie żywienia okołoperacyjnego.

GASTROSTOMIA OPERACYJNA W CZERWIE I DZIŚ. KIEDY I JAK?

Adam Skalski (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Aleksander Stal (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Marcin Zawadzki (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Kacper Szczudlik (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Przemysław Dzierżek (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Robert Tarnawa (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wojciech Kielan (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław)

Wstęp

Współcześnie mamy do dyspozycji kilka różnych rozwiązań wytworzenia bezpośredniego sztucznego dostępu do żołądka: operacyjne – metodami otwartymi i laparoskopowo, oraz endoskopowe (PEG) w różnych odmianach.

Obecnie PEG jest powszechnie przyjętym standardem, jednak u części chorych wykorzystanie endoskopii jest niemożliwe lub przeciwwskazane.

Cel pracy

W pracy przedstawiono historię głównych metod zakładania gastrostomii i różniące je cechy. W drugiej części podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy w przypadku trudności z zastosowaniem techniki endoskopowej operacja otwarta lub laparoskopowa jest złem koniecznym, czy cenną alternatywą w żywieniu dojelitowym – i jak uniknąć możliwych powikłań.

Metodyka

Porównano gastrostomię operacyjną z endoskopową pod względem obciążenia dla chorego, znieczulenia, łatwości i czasochłonności wykonania, bezpieczeństwa zabiegu, rodzaju powikłań, wygody obsługi i wymiany cewnika.

Porównano też metodę laparoskopową i otwartą pod względem inwazyjności, znieczulenia, trudności technicznych, czasochłonności, tolerancji przez chorego i powikłań.

Wyniki

PEG wykazuje oczywistą wyższość pod względem mniejszego obciążenia dla chorego, łatwości wykonania i organizacji zabiegu. Jednak operacyjna gastrostomia jest również zabiegiem krótkim i dobrze tolerowanym nawet przez chorych w ciężkim stanie oraz ułatwia uniknięcie możliwych powikłań zabiegu endoskopowego i przyłóżkową wymianę cewnika w przyszłości. Operacja otwarta niewiele w tym przypadku ustępuje operacji laparoskopowej.

Wnioski

- 1) Mimo znacznych korzyści z endoskopowego założenia gastrostomii zabieg operacyjny sposobem Kadera z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu może być dobrą alternatywą dla chorych, u których gastrostomia jest niemożliwa lub przeciwwskazana.
- 2) Oba rodzaje operacyjnej gastrostomii, laparoskopowa i otwarta, są porównywalne; żadna z nich nie ustępuje znacząco drugiej i są stosowane w zależności od preferencji i doświadczeń ośrodka chirurgicznego.

NOWA SKALA ROZPOZNAWANIA NIEDOŻYWIENIA I SCHEMAT PRZEDOPERACYJNEGO POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM NIEDOŻYWIONYM

Przemysław Matras (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Katarzyna Kłos (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Lidia Bartoszewska (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Mariusz Matuszek (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Sławomir Rudzki (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Powikłania okołoperacyjne są poważnym problemem w leczeniu chirurgicznym. Niedożywienie jest samodzielnym czynnikiem ryzyka tych powikłań. Jest to czynnik w pełni modyfikowalny. Warto więc podjąć próbę wyrównania stanu odżywienia pacjentów przed zabiegiem jako profilaktykę powikłań okołoperacyjnych.

Potwierdzają to liczne doniesienia naukowe, a zalecenia towarzystw naukowych, np. Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego oraz Metabolizmu, Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego czy Polskiego Towarzystwa Leczenia Dojelitowego i Pozajelitowego oraz Metabolizmu, zalecają zarówno wykrywanie, jak i leczenie niedożywienia. W protokole ERAS, który jest w ostatnim czasie szeroko propagowany i wprowadzany, również zaleca się przeprowadzenie oceny stanu odżywienia w okresie przedoperacyjnym, a w razie stwierdzenia jego zaburzenia wyrównanie go.

Problemem jest jednak to, że brakuje odpowiednich narzędzi, które umożliwiłyby jednoznacznie rozpoznanie niedożywienia. Skale przesiewowe, np. NRS 2002 lub SGA, które są w powszechnym użyciu w szpitalach, służą jedynie do wyodrębnienia grupy pacjentów o zwiększonym ryzyku nie-

dożywienia, a nie do rozpoznania choroby. Z tego wynika sytuacja, w której, mimo ogromnej wiedzy o skutkach niedożywienia, w dalszym ciągu operuje się w trybie planowym pacjentów niedożywionych.

Dlatego autorzy pracy pragną przedstawić nową skalę szczegółowej oceny stanu odżywienia, nazwaną „Skalą Matras”, od nazwiska pomysłodawcy. Ta prosta w wykonaniu, niedroga, powtarzalna skala pozwala nie tylko w sposób pewny rozpoznać niedożywienie, ale również je sklasyfikować. Klasyfikacja ta jest podstawą do zaproponowania dość prostego, ale jednocześnie bardzo efektywnego, schematu postępowania z pacjentem niedożywionym przygotowywanym do zabiegu operacyjnego.

NISKI POZIOM EKSPRESJI GENÓW HENT1 I DCK ORAZ WYSOKI POZIOM EKSPRESJI GENU RRM1 NEGATYWNYMI CZYNNIKAMI PROGNOSTYCZNYMI U CHORYCH Z RAKIEM TRZUSTKI LECZONYCH GEMCYTABINĄ

Radosław Pach (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marek Sierżęga (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Janusz Legutko (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Celem badania była ocena znaczenia ekspresji 4 genów związanych z działaniem gemcytabiny u chorych na gruczolakoraka przewodowego trzustki.

Metodyka

Do badania włączono grupę 100 chorych z rakiem gruczolakowym zewnątrzwydzielniczej części trzustki, u których wykonano zabieg resekcyjny, a następnie przeprowadzono adiuwantowe leczenie z wykorzystaniem gemcytabiny w latach 2007–2010. Ekspresja 4 genów została określona metodą ilościową z wykorzystaniem reakcji łańcuchowej polimerazy w czasie rzeczywistym. Analizowano następujące geny: hENT1 (human equilibrative nucleoside transporter 1), dCK (kinaza deoksycytydynowa), RRM1 i RRM2 (podjednostki reduktazy rybonukleotydowej). Następnie dokonano podziału chorych na dwie grupy: z niską i pośrednią/wysoką ekspresją genów.

Wyniki

Statystycznie istotne wydłużenie mediany przeżycia obserwowano u chorych z pośrednim/wysokim poziomem ekspresji genów hENT1 (27,9 wobec 12,4 miesiące, $p = 0,001$) i dCK (19,7 wobec 10,5 miesiące, $p = 0,003$), jak również u chorych z niskim poziomem ekspresji genu RRM1 (23,4 wobec 11,4 miesiące, $p = 0,027$). Wykorzystując model proporcjonalnego hazardu Coxa, zidentyfikowano następujące negatywne czynniki prognostyczne: niski poziom ekspresji genu hENT1 (ryzyko względne [HR], 3,38; 95% przedział ufności [CI], 2,28–10,50) i genu dCK (HR, 2,24; 95% CI, 1,63–3,39), oraz wysoki/pośredni poziom ekspresji genu RRM1 (HR, 1,65; 95% CI, 1,23–2,45).

Wnioski

Poziom ekspresji genów hENT1, RRM1 i dCK ma znaczenie prognostyczne u chorych z rakiem gruczolakowym trzustki, otrzymujących leczenie adiuwantowe gemcytabiną.

EKSPRESJA GENÓW HTRA W ONKOGENEZIE JELITA GRUBEGO

Jarek Kobiela (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Dorota Żurawa-Janicka (Katedra Biochemii Ogólnej i Medycznej, Uniwersytet Gdański – Gdańsk)

Tomasz Śleboda (Katedra Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Marcin Stanisławowski (Katedra Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Rafał Pęksa (Katedra Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Tomasz Wenta (Katedra Biochemii Ogólnej i Medycznej, Uniwersytet Gdański – Gdańsk)

Piotr Wierzbicki (Katedra Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Andrzej Łachiński (Katedra Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Kmiec (Katedra Histologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wojciech Biernat (Katedra Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Barbara Lipińska (Katedra Biochemii Ogólnej i Medycznej, Uniwersytet Gdański – Gdańsk)

Wstęp

Rak jelita grubego (RJG) stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu choroby nowotworowej. Wysoka śmiertelność związana jest z późną diagnozą oraz niską skutecznością leczenia, co przekłada się na konieczność poznania mechanizmów onkogenezy jelita grubego. Proteazy HtrA1/2/3 należą do kluczowych regulatorów mechanizmów śmierci komórki na drodze apoptozy i anoikis, a upośledzenie ich funkcji przyczynia się do rozwoju chorób, w tym nowotworowych; w szeregu nowotworów zmiany w poziomie ekspresji genów HtrA korelują ze stopniem zaawansowania i odpowiedzią na chemioterapię.

Cel pracy

Ocena udziału białek HtrA w onkogenezie jelita grubego oraz analiza wyników pod kątem przydatności białek HtrA jako potencjalnych markerów w leczeniu RJG.

Metodyka

W tkance RJG oraz niezmięionej śluzówce jelita grubego pochodzących od 66 chorych oznaczono ekspresję HTRA1, HTRA2 oraz wariantów HTRA3: HTRA3S i HTRA3L przez zbadanie poziomu mRNA techniką real-time PCR oraz poziomu białka metodą Western Blotting i barwienie immunohistochemiczne (IHC) preparatów tkankowych.

Wyniki

Wykazano, że:

- 1) poziom mRNA HTRA2 był istotnie obniżony w tkance RJG w IV stopniu zaawansowania raka i korelował ze spadkiem poziomu białka HtrA;
- 2) poziom mRNA HTRA3L był istotnie podwyższony w tkance RJG części dystalnej i odbytnicy, natomiast poziom mRNA HTRA3S był istotnie podwyższony w RJG części proksymalnej i dystalnej. Uzyskane wyniki zostały poparte wynikami barwienia IHC preparatów tkankowych.

Wnioski

Ekspresja wariantów HTRA3 zależy od anatomicznej lokalizacji RJG. Obniżony poziom ekspresji HTRA2 koreluje z tworzeniem przerzutów odległych RJG; nie jest wykluczone, że zredukowany poziom HtrA2, które uczestniczy w eliminacji nieprawidłowych komórek na drodze apoptozy i anoikis, może przyczyniać się do progresji RJG. Dalsze badania są niezbędne w celu zweryfikowania przydatności HtrA2 jako markera progresji RJG.

TELEMEDYCYNĄ JAKO FORMĄ WIDEO KONSULTACJI Z PACJENTEM- OPINIA CHIRURGÓW

Józef Dzielicki (Szpital im. Rudolfa Weigla – Blachownia; Wyższa Szkoła Techniczna – Katowice)

Witold Łukas (Wyższa Szkoła Techniczna – Katowice)

Stanislav Czudek (Akademia Medyczna – Ostrava)

Dariusz Dzielicki (Wyższa Szkoła Techniczna – Katowice)

Paweł Mikos (Wyższa Szkoła Techniczna – Katowice)

Wstęp

Telemedycyna jako forma wymiany doświadczeń medycznych jest faktem bezspornym. W Polsce po raz pierwszy została zastosowana przez autorów w 1999 r. w trakcie

Polsko-Czesko-Słowackiego Sympozjum Wideochirurgii w Ustroniu jako pokaz operacji „na żywo” w Strasburgu. Od tego czasu autorzy wielokrotnie korzystali z tej formy przekazu. Ostatnie lata to próba opracowania możliwości zastosowania komunikatorów internetowych na linii pacjent–chirurg. Jest to problem bardzo istotny w dobie rozwoju chirurgii małoinwazyjnej i skróconego pobytu pacjentów w szpitalu, a także w świetle pojawiających się komercyjnych usług tego typu bez opinii środowiska chirurgicznego.

Cel pracy

- 1) Ocena znajomości i możliwości wykorzystania komunikacji wideointernetowej przez chirurgów.
- 2) Opinia chirurgów o praktycznej wartości tego typu konsultacji.

Metodyka

Zastosowano anonimowe badanie ankietowe. Ankieta zawierała pytania dotyczące znajomości i częstości korzystania z internetowych form wideo oraz ocenę ich przydatności do kontaktu z pacjentem. Badanych podzielono na 10-letnie grupy wiekowe. Dla oceny wartości wideokonsultacji zastosowano 5-stopniową skalę Likerta. Dobór chirurgów był przypadkowy: w trakcie zebrania chirurgów oraz w trakcie odwiedzin oddziałów. Zespół badawczy poszerzono o specjalistów informatyki w celu oceny wartości przedstawianych w ankiecie komunikatorów oraz oceny warunków przekazu pozwalających na osąd gojenia rany.

Wyniki

Ankiety wypełniło 91 chirurgów w wieku od 28 do 75 lat. Najlicniejsza grupa w wieku 51–60 lat liczyła 24 osoby. Pozostałe stanowiły 16–17 osób. Najbardziej znanym komunikatorem był Skype – 84 (92%) badanych, chociaż praktyczną znajomość, głównie w kontakcie z krewnymi, deklarowało 57 (62%). Tylko 14 (15,4%) znało inne komunikatory z obrazem. Ocena przydatności była zróżnicowana: 33 (36%) chirurgów oceniło negatywnie, a 31 (34%) pozytywnie tę formę konsultacji. 27 (30%) nie miało wyrobionego zdania. Nie było istotnych różnic opinii zależnych od grupy wiekowej. Istniały pojedyncze opinie nakazujące uwzględnienie odległości pacjenta od miejsca konsultacji.

Wnioski

- 1) Dobra teoretyczna znajomość Skype’a przez chirurgów pozwala uznać ten program za możliwy sposób kontaktu z pacjentem.
- 2) Różnorodność opinii na temat wideokonsultacji wymaga określenia warunków przynoszących korzyść pacjentowi i chirurgowi.

WYBRANE MEDIATORY REAKCJI ZAPALNEJ I ANTYOKSYDANTY U CHORYCH Z OSTRYM ZAPALENIEM TRZUSTKI, PALĄCYCH TYTOŃ I NIEPALĄCYCH

Grzegorz Marek (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Milena Ściskalska (Katedra i Zakład Biomedycznych Analiz Środowiskowych, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Zygmunt Grzebieniak (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Anil Agrawal (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wojciech Kielan (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Halina Milnerowicz (Katedra i Zakład Biomedycznych Analiz Środowiskowych, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wstęp

Ostre zapalenie trzustki (OZT) rozwija się, gdy dochodzi do zaburzenia równowagi mechanizmów stabilizacji i hamowania aktywności enzymów w komórkach pęcherzyków trzustki. Szczególną rolę w tym procesie zajmują reakcje utleniania lipidów, powstawania i usuwania wolnych rodników oraz aktywacji i dezaktywacji enzymów wpływających na powyższe procesy. Wolne rodniki, powstające także w wyniku ekspozycji na ksenobiotyki dymu tytoniowego, mogą powodować uszkodzenie fosfolipidów błon komórkowych, powodując peroksydację tłuszczów. W wyniku tych procesów dochodzi m.in. do powstania malonyldialdehydu (MDA), który jest biomarkerem stresu oksydacyjnego o potencjale mutagennym i uszkadzającym błonę komórek, o udowodnionym związku z nasileniem OZT. Peroksydacja lipidów nasilona w OZT jest ograniczana przez aktywność enzymów o potencjale antyoksydacyjnym, m.in. paraoksonazy 1 (PON1), wykazującego istotną rolę w ograniczaniu nasilenia OZW.

Cel pracy

Celem pracy była ocena zmian stężenia MDA, HDL, całkowitego cholesterolu, kadmu oraz aktywności PON-1 we krwi chorych z ostrym zapaleniem trzustki w 1., 3. i 7. dniu leczenia w porównaniu z grupą zdrowych ochotników, z uwzględnieniem subpopulacji osób palących i niepalących tytoń.

Metodyka

Populację badaną stanowiło 36 chorych leczonych z powodu OZW w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach 2014–2016. Analizowano stan kliniczny, wyniki badań laboratoryjnych oraz dane z ankiety dotyczącej nawyków żywieniowych i uzależnień przed zachorowaniem.

Wyniki

W badaniu wykazano, że stężenie MDA we krwi osób chorych z OZT było dwukrotnie wyższe niż w grupie kontrolnej – zarówno u osób niepalących, jak i palących papierosy – oraz korelowało ze stężeniem CRP. Obserwowano obniżone stężenia całkowitego cholesterolu

i frakcji HDL w surowicy chorych z OZT, tak u palących, jak i niepalących. Zaobserwowano także istotne niekorzystne obniżenie aktywności PON-1 u wszystkich chorych z OZT na początku hospitalizacji, a dalszy spadek jej aktywności pomimo leczenia występował jedynie wśród palaczy tytoniu.

Wnioski

Mechanizm obrony antyoksydacyjnej związanej z HDL jest upośledzony w przebiegu OZT. Palenie tytoniu może być istotnym czynnikiem nasilającym biochemiczne mechanizmy zapalne i upośledzającym działanie mechanizmów przeciwzapalnych. Wyniki badania mogą być punktem wyjścia dla poszukiwania metod leczenia ukierunkowanych na przerwanie spirali biochemicznych procesów zapalnych.

OCENA ZNACZENIA WIRUSA HPV W PATOGENEZIE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH PRZEWODU POKARMOWEGO

Dariusz Waniczek (Zakład Propedeutyki Chirurgii Katedry Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – Bytom)

Zbigniew Lorenc (Katedra Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – Sosnowiec)

Angelika Copija (Zakład Profilaktyki Chorób Żywnościowo-zależnych, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – Bytom)

Ewa Nowakowska-Zajdel (Zakład Profilaktyki Chorób Żywnościowo-zależnych, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – Bytom)

Wstęp

Jednym z czynników środowiskowych o charakterze infekcyjnym o domniemanym związku z nowotworzeniem w przewodzie pokarmowym jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim potencjale onkogennym. Jego rola w patogenezie nowotworów przewodu pokarmowego jest niejasna.

Cel pracy

Celem pracy było wykazanie metodą ilościowego PCR obecności wirusa HPV w komórkach raka przełyku, żołądka i jelita grubego.

Metodyka

Badaniem retrospektywnym objęto grupę 120 chorych operowanych z powodu raka przełyku ($n = 30$), żołądka ($n = 52$) lub jelita grubego ($n = 38$) w różnych stopniach zaawansowania. Do badania wykorzystano bloczki parafinowe. Potwierdzenie HPV typu wysokiego ryzyka onkogennego zostało przeprowadzone metodą ilościowego PCR (Q-PCR). Do badań na obecność genomu wirusa HPV wykorzystano komercyjnie dostępny test Abbott RealTime High Risk HPV. Całość procesu amplifikacji i detekcji produktów reakcji odbywała się na platformie RT7500 Fast firmy Applied Biosystems Inc. CT graniczne = 35. Dodatkowo obecność HPV w tkance potwierdzić miała jego aktywność transkrypcyjną poprzez stwierdzenie akumulacji białka p16 metodą immunohistochemiczną.

Wyniki

Dla wszystkich pacjentów objętych badaniami uzyskano diagnostyczne wyniki w zakresie zarówno oznaczeń DNA HPV wysokiego potencjału onkogennego, jak i ekspresji białka P16 (INK4a). W grupie wszystkich przebadanych chorych nie potwierdzono obecności DNA HPV typów onkogennych będących przedmiotem badania. W barwieniu immunohistochemicznym we wszystkich przypadkach zaobserwowano całkowity brak reakcji barwnej ze swoistym przeciwciałem anti-p16 (INK4a) lub reakcję punktową w izolowanych komórkach. Badania wykluczyły akumulację białka p16 (INK4a) w nowotworach i nie potwierdziły aktywnej infekcji HPV.

Wnioski

Przeprowadzone badanie wydaje się nie potwierdzać hipotezy, że wirus brodawczaka ludzkiego wysokiego potencjału onkogennego może odgrywać istotną rolę w patogenezie raków przełyku, żołądka i jelita grubego.

DELOKALIZACJA JONÓW ŻELAZAWYCH JAKO SKUTECZNA METODA PRZECIWDZIAŁANIA FERROPTOTYCZNYM POWIKŁANIOM ISCHEMII-REPERFUZJI W NARZĄDACH PRZEZNACZONYCH DO PRZESZCZEPU

Narcyz Knap (Katedra Chemii Medycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Woźniak (Katedra Chemii Medycznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Ryszard Smoleński (Katedra i Zakład Biochemii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Przechowywanie narządów przeznaczonych do przeszczepu wiąże się z ryzykiem postępującej w czasie degradacji komórek i tkanek, co może prowadzić do szeregu powikłań i w rezultacie niepowodzenia procedury transplantacji narządu. Patomechanizm ischemii – reperfuzyj jest jednym z kluczowych procesów odpowiedzialnych za wzrost poziomu stresu oksydacyjnego i uszkodzenie struktury oraz funkcji przeszczepionego narządu. W tym kontekście szczególnie istotny wydaje się skład płynu do przechowywania narządów do transplantacji, którego składniki pozwoliłyby na obniżenie stresu oksydacyjnego, m.in. poprzez redystrybucję jonów żelazawych.

Cel pracy

Zaproponowaliśmy unikalną formację Transmedium Transplant Fluid, która pozwalałaby na skuteczne przeciwdziałanie oksydacyjnemu uszkodzeniu komórek kanalików nerkowych w narządach przeznaczonych do przeszczepu przechowywanych w temperaturze 4°C.

Metodyka

Badania przeprowadzono na liniach komórkowych, w tym linii komórek NRK wywodzących się z nerki szczura. Analiza stresu oksydacyjnego oraz przeżywalności komórek została przeprowadzona w oparciu o techniki hodowli in vitro oraz klasyczne metody biochemiczne i cytometryczne.

Wyniki

Wykazaliśmy, że inozyna szczególnie w połączeniu z cząsteczką kwasu aurynotrójkarboksylowego efektywnie wiąże dwuwartościowe jony żelaza, przeciwdziałając reakcji Fentona, której produktem są niezwykle reaktywne w układach biologicznych rodniki hydroksylowe. Wysoka aktywność oksydazy NAD(P)H w komórkach kanalików nerkowych wiąże się z nadprodukcją nadtlenu wodoru, dlatego niezwykle istotna jest obecność w naszej formacji alfa-ketomaślanu jako zmiatacza nadtlenu wodoru, co wyraźnie zwiększa przeżywalność komórek w warunkach ischemii – reperfuzyj, zapobiegając zależnemu od żelaza uszkodzeniu narządu i w konsekwencji ferroptotycznej śmierci komórki kanalika nerkowego.

Wnioski

Unikalna formacja Transmedium Transplant Fluid bogata w oryginalne cząsteczki o działaniu wielokierunkowym, a w szczególności chelatory żelaza i stabilne przeciwutleniacze oraz odpowiednia kompozycja koloidowo-elektrolitowa, zapewnia znakomitą ochronę narządów przeznaczonych do przeszczepu w stopniu wysoce konkurencyjnym względem innych stosowanych do tej pory płynów, a przy tym wydaje się pozbawiona wielu potencjalnych działań ubocznych. Powyższe wyniki stanowią podstawę patentu nr PL400780: „Płyn do przechowywania narządów w czasie zabiegów chirurgicznych, zwłaszcza transplantacji”.

ZMIANY W SUBPOPULACJACH LIMFOCYTÓW T REGULATOROWYCH ORAZ TH17 W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM U CHORYCH Z RAKIEM JELITA GRUBEGO

Mateusz Rubinkiewicz (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Izabela Górską (Zakład Immunologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Kisielewski (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Anna Lasek (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marcin Migaczewski (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jarosław Baran (Zakład Immunologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

W rozwoju nowotworów dużą rolę odgrywa czynnik immunologiczny. U chorych onkologicznych zaobserwowano zwiększoną ilość limfocytów T regulatorowych oraz Th17, które odpowiadają za modelowanie reakcji immunologicznych.

Cel pracy

Celem pracy była ocena ilości limfocytów Th17 oraz T reg Foxp3+ w okresie okołoperacyjnym u chorych z rakiem jelita grubego.

Metodyka

Do badania zakwalifikowano 18 pacjentów operowanych w II Katedrze Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego z powodu raka jelita grubego. Od pacjentów pobrano próbki krwi obwodowej przez zabiegiem operacyjnym oraz 2 dni po zabiegu. Liczbę badanych komórek w krwi obwodowej oznaczono za pomocą cytometrii przepływowej. Z badania wyłączono chorych z potwierdzonym rozsiewem nowotworowym. Grupę kontrolną stanowiło 8 zdrowych osób bez obciążeń onkologicznych.

Wyniki

Liczba limfocytów Treg nie różni się w sposób istotny statystycznie pomiędzy grupą kontrolną oraz grupą badawczą (mediana 29,9 vs 49,2 kom/ul, $p = 0,52$). Podobna sytuacja występuje w przypadku limfocytów Th17 (mediana 0,78 vs 0,15, $p = 0,19$). Zaobserwowano nieistotny statystycznie wzrost liczby limfocytów Th17 po zabiegu operacyjnym (mediana 0,15 vs 0,31 kom/ul, $p = 0,47$). Wyraźny spadek występuje w populacji limfocytów Treg (mediana 49,2 vs 28,5 kom/ul, $p = 0,003$).

Wnioski

Po usunięciu nowotworu dochodzi do wyraźnego spadku liczby limfocytów Treg. Zmiana w liczebności populacji limfocytów Th 17 jest nieistotna statystycznie.

PRZEBIEG KLINICZNY RAKA JELITA GRUBEGO W ZALEŻNOŚCI OD WYSTĘPOWANIA JEDNEGO Z TRZECH FENOTYPÓW RECEPTORA ŚMIERCI PROGRAMOWEJ 1 (PD-1)

Michał Kazanowski (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Zygmunt Grzebieniak (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wojciech Kielan (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Jan Kazanowski (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Rafał Matkowski (Dolnośląskie Centrum Onkologii – Wrocław)

Irena Frydecka (Laboratorium Immunopatologii, Zakład Terapii Doświadczalnej, Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. L. Hirszfelda – Wrocław)

Edyta Pawlak-Adamska (Laboratorium Immunopatologii, Zakład Terapii Doświadczalnej, Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. L. Hirszfelda – Wrocław)

Wstęp

Rak jelita grubego jest częstą i śmiertelną chorobą. W przebiegu choroby nowotworowej dochodzi do znacznego upośledzenia funkcji limfocytów T i wymknięcia się komórek nowotworowych spod nadzoru immunologicznego. Jedną z kluczowych ról w dysregulacji funkcji układu odpornościowego przypisuje się nieprawidłowej ekspresji białek sygnałowych, w tym molekuł kostymulujących i supresorowych.

Kluczową rolę w aktywowaniu dziewiczych limfo-cytów T odrywają sygnały płynące od receptora limfo-cytów T (T-cell receptor – TCR), który rozpoznaje antygen, oraz od receptorów kostymulujących. Zapewnienie delikatnej równowagi pomiędzy efektywną odpowiedzią immunologiczną a tolerancją na autoantygeny jest funkcją tych cząsteczek. Jedną z cząsteczek zaangażowanych w regulację odpowiedzi immunologicznej jest receptor śmierci programowanej 1 (program-med death receptor–1, PD–1, CD279).

Cel pracy

Celem badania jest określenie związku polimorfizmów genu kodującego cząsteczkę supresorową PD–1 odpowiedzialną za hamowanie aktywacji limfocytów T na ryzyko zachorowania, jak również określony został wpływ badanych polimorfizmów na przebieg kliniczny i rokowanie.

Metodyka

Badanie wykonano u 225 chorych, u których rozpoznano raka jelita grubego. Grupę kontrolną stanowiło 200 zdrowych osób, wiekiem i płcią odpowiadających badanej grupie chorych. W projekcie wybrano następujące polimorfizmy zlokalizowane z genie PD–1: PD–1,1; PD–1,3; PD–1,5.

Wyniki

Badano zależności pomiędzy przebiegiem klinicznym a występowaniem danego typu fenotypu u zróżnicowanych pacjentów. Brano pod uwagę: płeć, wiek w chwili rozpoznania, stan zaawansowania klinicznego, choroby towarzyszące, rodzinne występowanie nowotworów oraz inne. Pomiędzy grupami pacjentów zaobserwowano znaczące statystycznie różnice w przebiegu choroby w zależności od występowania danego polimorfizmu.

Wnioski

Badanie rozszerza wiedzę na temat genetycznych predyspozycji do zachorowania i przebiegu klinicznego raka jelita grubego. Wiedza ta może posłużyć jako podstawa do dalszych badań mających na celu opracowanie indywidualnych protokołów leczniczych uwzględniających obecność wariantów polimorficznych PD–1 u chorych przy zastosowaniu leczenia przeciwciałami blokującymi cząsteczkę PD–1.

PROFIL PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM CHOROBY REFLUKSOWEJ W BADANIACH MII-PH-METRYCZNYCH

Justyna Wyroślak-Najs (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Michał Solecki (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wioletta Masiak-Segit (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

W ciągu ostatnich 4 dekad choroba refluksowa ewoluowała z rzadkiego problemu klinicznego do choroby z wysoką częstotliwością. Pierwsze opisy choroby pochodziły z krajów zachodnich, obecnie liczne są publikacje z Azji i Bliskiego Wschodu. Nie ma jasnego wyjaśnienia tego zjawiska. Nasze zrozumienie GERD stale się zmienia. Początkowo nazwy „choroba refluksowa”, „przepuklina roztworu przełykowego” i „zapalenie przełyku” były stosowane zamiennie. Od lat 40., gdy zostały wykonane pierwsze badania manometryczne, określano ją jako „dysfunkcję dolnego zwieracza przełyku” lub „zaburzenia perystaltyki”. W kolejnych latach wykształciła się definicja dyspepsji. Obecnie wszystkie te pojęcia są mieszane. W niniejszej pracy przedstawiono wyniki badań MII-pH przełyku u pacjentów kierowanych do naszego ośrodka z podejrzeniem choroby refluksowej.

Cel pracy

Określenie profilu pacjentów z podejrzeniem choroby refluksowej.

Metodyka

Analizie poddano wyniki badań pH-metrycznych 100 pacjentów hospitalizowanych od listopada 2016 r. do maja 2017 r.

Wyniki

Przeanalizowano 100 badań MII-pH (43 K i 57 M). Liczba zarejestrowanych epizodów zarzucania mieściła się w granicach 4–162. Średni BMI w całej grupie badanej wyniósł 26,29 (18,93–32,81), w grupie z refluksiem kwaśnym i niekwaśnym odpowiednio 26,30 i 26,18. W grupie z BMI > 25 średnia liczba zarejestrowanych refluksów wynosiła 43,67, a w grupie

z prawidłową masą ciała – 42,52. Liczba wysokich refluksów 15 cm powyżej LES przy BMI > 25 wynosiła 21,47, a przy BMI < 25 – 21,38. Średni czas ekspozycji wyrażony w % czasu rejestracji w grupie z nadmierną masą ciała wyniósł 3,56, u pacjentów z BMI prawidłowym 3,77. U chorych z refluksiem kwaśnym 3,55, z niekwaśnym 3,62, bez względu na BMI. W analizowanej grupie stwierdzono patologiczną liczbę refluksów u 14 pacjentów (8 z kwaśnym i 6 z niekwaśnym zarzucaniem). W tej podgrupie stwierdzono częstsze występowanie objawów pozaprzętkowych w przypadku zarzucania niekwaśnego. Dokonano analizy porównawczej pacjentów z refluksiem kwaśnym i niekwaśnym oraz pacjentów z patologiczną liczbą refluksów z grupą o prawidłowej ich liczbie, uwzględniając korelację objawów z zarzucaniem w postaci RSI.

Wnioski

BMI nie koreluje z liczbą rejestrowanych epizodów zarzucania. Pacjenci z objawami pozaprzętkowymi prawdopodobnie gorzej reagują na standardową terapię inhibitorami pompy protonowej z uwagi na niekwaśny charakter refluksu. Ekspozycja na treść kwaśną oraz liczba refluksów proksymalnych nie korelują z BMI i rodzajem refluksu.

ZWIĄZEK POMIĘDZY POURAZOWĄ REDYSTRYBUCJĄ NIEKTÓRYCH KOMÓREK KRWI OBWODOWEJ, A WYSTĘPOWANIEM POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

Andrzej Gryglewski (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marian Szczepanik (Katedra Biologii Medycznej i Zakład Biologii Rozwoju Człowieka, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Po każdym większym urazie, a więc i po urazie operacyjnym, mogą nastąpić zaburzenie przebiegu reakcji immunologicznych i obniżenie odporności. Z naszych obserwacji wynika, że zarówno u zwierząt, jak i u ludzi następuje dyslokacja komórek immunologicznie czynnych pomiędzy krwią obwodową i narządami limfatycznymi. W naszych obserwacjach po urazie (3.dzień) następowało obniżenie w krwi ilości komórek $\gamma\delta$ T w stosunku do wartości przed operacją.

Cel pracy

Ocena związku pomiędzy liczbą powikłań septycznych występujących po operacjach chirurgicznych, a zmianami w poziomie $\gamma\delta$ T okołoperacyjnym.

Metodyka

W wybranej prospektywnie grupie 160 chorych operowanych przeanalizowano liczbę powikłań septycznych u chorych z obniżonym poziomem $\gamma\delta$ T po operacji w stosunku do pozostałych chorych.

Wyniki

Stwierdzono znamienne wyższą liczbę powikłań septycznych w grupie chorych z obniżeniem liczby komórek $\gamma\delta$ T w krwi krążącej po zabiegu operacyjnym.

Wnioski

Obserwacja liczby komórek $\gamma\delta$ T może ułatwić przewidywanie wystąpienia powikłań septycznych po operacji i być może podjąć odpowiednie postępowanie prewencyjne.

ACHALAZJA UWARUNKOWANA GENETYCZNIE – PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Anita Suwała (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny – Szczecin)

Jan Pawlus (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny – Szczecin)

Andrzej Białek (Katedra i Klinika Gastrologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny – Szczecin)

Tadeusz Sulikowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny – Szczecin)

Wstęp

Achalazja jest zaburzeniem motoryki przełyku, charakteryzującym się brakiem perystaltyki jego trzonu oraz upośledzeniem rozkurczu dolnego zwieracza przełyku (LES). Przyczyny występowania tego schorzenia nie są do końca poznane – pod uwagę bierze się wpływ czynników autoimmunologicznych, środowiskowych oraz infekcji wirusowych. Szacuje się, że ok. 2% przypadków achalazji występuje rodzinnie – w związku z tym trwają poszukiwania mutacji oraz polimorfizmów genów odpowiedzialnych za to zaburzenie motoryki przewodu pokarmowego.

Metodyka

Wykonano przegląd dostępnego piśmiennictwa na temat podłoża genetycznego achalazji z ostatnich 5 lat.

Wyniki

W dotychczas opublikowanych doniesieniach wykazano korelacje pomiędzy występowaniem achalazji a obecnością następujących zaburzeń genetycznych – polimorfizmy: IL 33 (rs3939286), eNOS4a4a, iNOS22GA, nNOS29TT, KIT, promotora genu IL-10, receptora dla IL-23 oraz receptora dla VIP-1.

Wnioski

Z opublikowanych dotychczas prac wynika, że istnieją dodatkowe korelacje polimorfizmów genów u chorych z achalazją. Może to pozwolić na wykonanie wcześniejszej diagnostyki oraz leczenia w tej grupie chorych.

KLINICZNE PREDYKATORY POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH U CHORYCH W WIEKU PODESZŁYM

Beata Żychiewicz (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Lucyna Ścisło (Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Elżbieta Walewska (Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Benita Siarkiewicz (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Szymon Pietruszka (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

U chorych w wieku podeszłym obserwowany jest wzrost częstości i ciężkości powikłań pooperacyjnych. Nie zależy on jednak wprost od wieku metrykalnego, ale od szeroko pojętego zespołu „kruchości”. Wprowadzono szereg prostych testów i wskaźników przesiewowych mających na celu wyłonięcie grupy najbardziej narażonej na powikłania.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wartości predykcyjnej zastosowanych testów przesiewowych.

Metodyka

Badaniem objęto 168 chorych po 64. r.ż., operowanych w latach 2015–2016 w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz w Klinice Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej i Nowotworów Tkanek Miękkich Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Badana grupa obejmowała 71 kobiet oraz 97 mężczyzn; średni wiek wyniósł 72,5 lat (od 65 do 89 r.ż.), mediana wieku 71 lat. U 66 chorych wskazaniem do leczenia operacyjnego były schorzenia nie-nowotworowe, a u 101 nowotwory złośliwe. Wszyscy chorzy byli operowani metodą otwartą lub laparoskopową. Przed-

operacyjnie przeprowadzono: test TUG (timed „up and go” test – test „wstań i idź”), wskaźnik Charlsona, ocenę ryzyka niedożywienia MNA (mini nutritional assessment), BMI i wyjściowe stężenie hemoglobiny (Hb). Jako istotne powikłania uznano te powikłania, których ciężkość oceniono na 2 lub więcej według klasyfikacji Clavien-Dindo.

Wyniki

Istotnymi statystycznie czynnikami ryzyka w badanej grupie były: TUG > 10 s (OR 2,22, 95% CI 1,135–4,346), MNA > 12 p (OR 3,3284, 95% CI 1,6506–6,7115) oraz Hb < 10 g/dl (OR 8,2317 95% CI 2,5724–26,3411).

Wnioski

Zastosowanie testów przesiewowych, takich jak TUG, MNA, oraz wyjściowe stężenie Hb pozwala na określenie grupy chorych w podeszłym wieku o zwiększonym ryzyku powikłań pooperacyjnych.

CZYNNIKI RYZYKA REOPERACJI W CHIRURGII JAMY BRZUSZNEJ – DOŚWIADCZENIA JEDNEGO OŚRODKA

Marcin Zawadzki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Aleksander Stal (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wojciech Kielan (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Zygmunt Grzebieniak (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wstęp

Wiele procedur chirurgicznych wykonywanych na oddziałach chirurgii ogólnej wiąże się z wysokim odsetkiem powikłań, w tym z ponowną interwencją chirurgiczną. Efektem tego są gorsze wyniki leczenia, wyższa chorobowość i śmiertelność, wzrost kosztów leczenia oraz żądania odszkodowawcze.

Cel pracy

Identyfikacja czynników ryzyka reoperacji, w szczególności modyfikowalnych, może pozwolić zredukować liczbę pacjentów reoperowanych, a tym samym poprawić wyniki leczenia.

Metodyka

Stworzono bazę danych 118 pacjentów operowanych i reoperowanych w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej we Wrocławiu w latach 2011–2014. Analizowano parametry choroby podstawowej, wywiad, parametry związane z zabiegiem operacyjnym, pobytem w szpitalu oraz wyniki badań laboratoryjnych i porównano je z grupą 52 pacjentów operowanych w tych samych latach.

Wyniki

Uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że najczęstszą przyczyną reoperacji była nieszczelność zespoleń jelitowych (34,7%). Ta sama przyczyna reoperacji najczęściej prowadziła do zgonu pacjentów (45,6%). Do konsekwencji relaparotomii zaliczono dłuższy czas hospitalizacji, konieczność pobytu w OIT oraz większe ryzyko zgonu. Za metody pozwalające na

identyfikację chorych zagrożonych reoperacją uznano: ≥ 3 punkty według Formularza Oceny Ryzyka Zakażenia (FORZ) oraz III i wyższy stopień według skali ASA. Rana czystoskazona i brudna oraz ostrodyżurowy tryb zabiegu oznaczają wyższe ryzyko reoperacji. Choroby współistniejące zwiększające ryzyko reoperacji to miażdżyca, przewlekła choroba nerek oraz choroba niedokrwienna serca. Utrzymujące się wysokie stężenie leukocytów i CRP w 1. i 2. dobie pooperacyjnej oraz hiperkreatyninemia mogą świadczyć o potrzebie wykonania reoperacji. Uwagę zwraca także fakt nierównego odsetka reoperacji względem poszczególnych chirurgów stanowiących zespół o porównywalnym doświadczeniu względem lat pracy i liczby wykonanych operacji. Zdaniem autorów nie istnieją obiektywne metody mogące ocenić, jakie czynniki wpływają na gorsze wyniki leczenia, biorąc pod uwagę osobę operatora.

Wnioski

Wstępna identyfikacja pacjentów wysokiego ryzyka przy użyciu stosowanych powszechnie skal predykcyjnych pozwoli na weryfikację planowanego zakresu leczenia operacyjnego. Zapewnić może wzmożony nadzór nad takimi pacjentami i krytyczną analizę badań laboratoryjnych zlecanych okołooperacyjnie. Wyższy odsetek powikłań jest także związany z osobą operatora. Żaden z wymienionych czynników ryzyka nie podlega istotnej modyfikacji przed leczeniem operacyjnym.

WRAŻLIWOŚĆ SZCZEPÓW PAŁECZEK GRAM-UJEMNYM Z RODZINY ENTEROBACTERIACEAE NA KARBAPENEMY – IZOLOWANYCH Z PRÓBEK MOCZU (ZUM) POBRANYCH OD PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ – CRE (CARBAPENEM RESISTANT ENTEROBACTER

Robert Kuthan (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Dariusz Kawecki (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Anna Sawicka-Grzelak (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wojciech Lisik (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Jacek Pliszczczyński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Grażyna Młynarczyk (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Kosieradzki (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Szczepy wielolekoopornych bakterii (MDR), szczególnie szczepy odporne na karbapenemy, stanowią coraz większy problem w diagnostyce mikrobiologicznej i postępowaniu terapeutycznym w leczeniu zakażeń. Szybki rozwój mechanizmów oporności na antybiotyki wśród drobnoustrojów sprawia, że możliwości terapeutyczne antybiotykoterapii celowanej są często ograniczone lub kończą się niepowodzeniem.

Cel pracy

Ocena występowania pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae na karbapenemy – CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae) izolowanych z próbek moczu (ZUM).

Metodyka

Występowanie szczepów – pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae opornych na karbapenemy. Pacjenci z 45-łóżkowego oddziału chirurgicznego. W latach 2010–2015 hospitalizowano 14 813 pacjentów. Badania mikrobiologiczne lekowrażliwości szczepów izolowanych z próbek moczu badano zgodnie z rekomendacjami EUCAST/KORLD, z wykorzystaniem analizatora mikrobiologicznego VITEK2. W przypadku szczepów opornych CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae) wynik oznaczenia lekowrażliwości potwierdzano za pomocą metod referencyjnych.

Wyniki

Z próbek moczu (ZUM) od 270 pacjentów wyizolowano 325 szczepów pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae. Definicja Zakażenia Układu Moczowego (ZUM) – zgodna z zaleceniami programu NPOA (Narodowy Program Ochrony Antybiotyków) i MZ (Ministerstwo Zdrowia) – spełniała kryteria objawowego zakażenia układu moczowego potwierdzonego mikrobiologicznie. U pacjenta występował przynajmniej jeden z objawów: gorączka ($> 38^{\circ}\text{C}$), parcie na mocz, częstomocz, dysuria lub tkliwość w okolicy nadłonowej oraz stwierdzono dodatni posiew moczu, czyli $\geq 10^5$ drobnoustrojów w 1 ml moczu przy występowaniu nie więcej niż dwóch gatunków drobnoustrojów. Wśród nich odsetek szczepów opornych CRE wyniósł dla Ertapenemu – 4,5%, Imipenemu – 2,8%, Meropenemu – 1,0%.

Wnioski

W leczeniu zakażeń układu moczowego (ZUM) u chorych na oddziałach zabiegowych, szczególnie transplantacyjnych, konieczne jest właściwe monitorowanie szczepów bakteryjnych pojawiających się w czasie leczenia, racjonalna antybiotykoterapia, racjonalna profilaktyka okołooperacyjna. Celowe jest badanie nosicielstwa u pacjentów „immunosupresyjnych” i izolowanie chorych ze szczepami wielolekoopornymi MDR (ang. Multi Drug Resistant), aby zapobiec zakażeniom szpitalnym.

CZEGO NAS UCZY ANALIZA POWIKŁAŃ I NIEZGODNOŚCI?

Tomasz Stefaniak (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)
Zbigniew Śledziński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)
Stanisław Hać (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)
Dariusz Łaski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Wymagania akredytacyjne szpitali, tak w Polsce, jak i za granicą, silnie akcentują potrzebę monitorowania występujących powikłań medycznych, ich wspólne, najchętniej wielodyscyplinarne, omawianie, które ma prowadzić do stawiania wniosków, które posłużyć mają do modyfikowania podejścia do diagnostyki i leczenia lub innych procedur powiązanych z nimi. Dodatkowo zasady nowoczesnego zarządzania postulują tożsame podejście do problemów natury organizacyjnej, które mogą zaistnieć na skrzyżowaniu działalności różnych specjalności medycznych czy też klinik lub zakładów.

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja doświadczeń Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w monitorowaniu i analizie problemów klinicznych i organizacyjnych zaobserwowanych w toku codziennej pracy.

Metodyka

Dokonano retrospektywnej analizy zgłoszonych powikłań i niezgodności organizacyjnych. Od 3 marca 2005 r. do 24 kwietnia 2017 r. zgłoszono 1178 powikłań, zaś od 4 stycznia 2010 r. do 13 marca 2017 r. zgłoszono 631 problemów organizacyjnych.

Wyniki

Wśród zgłoszonych powikłań zidentyfikowano 10 grup: najczęstsze były powikłania chirurgiczne (613 – 52%), zapalne (275 – 23,3%), zgon (111 – 9,4%), odległe (46 – 3,9%), ogólne (42 – 3,5%). W wyniku 165 spotkań oceny powikłań (m&m) podjęto 21 decyzji o systemowej zmianie postępowania klinicznego. Wśród problemów organizacyjnych większość stanowiły te związane z kompletnością dokumentacji (373 – 59,1%), dostępnością zasobów (121 – 19,2%) oraz brakiem współpracy pomiędzy różnymi grupami specjalistów (68 – 10,8%). Odbyto 28 spotkań projakościowych,

wprowadzając zmiany organizacyjne, w tym m.in. SMS-owe powiadamianie o upływającym 24-godzinym terminie opisanego zabiegu operacyjnego czy wprowadzeniu dokumentu potwierdzającego poinformowanie pacjenta o jego lekarzu prowadzącym.

Wnioski

Monitorowanie i analiza powikłań i problemów organizacyjnych pozwalają na stały rozwój merytoryczny i zarządczy każdej organizacji, w tym oczywiście i kliniki chirurgicznej. Wprowadzenie kultury zgłaszania niezgodności w formie niepenalizacyjnej, pozbawionej identyfikowania winowajców, a wskazującej możliwe rozwiązania, jest bardzo wartościowym sposobem rozwiązywania problemów systemowych. Dzięki zaangażowaniu całego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego możliwe jest pozyskanie wielokierunkowej perspektywy umożliwiającej rozwiązania łatwe do wdrożenia dla wszystkich grup zawodowych.

OPORNOŚĆ SZCZEPÓW PAŁECZEK GRAM-UJEMNYCH Z RODZINY ENTEROBACTERIACEAE NA KARBAPENEMY – IZOLOWANYCH Z PRÓBEK MATERIAŁÓW KLINICZNYCH POBRANYCH OD PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I TRANSPLANTACYJNEJ – CRE (CARBAPENEM RESISTANT EN)

Dariusz Kawecki (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Robert Kuthan (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Anna Sawicka-Grzelak (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wojciech Lisik (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Ksenia Szymanek-Majchrzak (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Beata Łągiewska (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Jarosław Czerwiński (Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Jacek Pliszczyński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Agnieszka Jóźwik (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Grażyna Młynarczyk (Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Kosieradzki (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Szczepy wielolekoopornych bakterii (MDR), szczególnie szczepy odporne na karbapenemy, stanowią coraz większy problem w diagnostyce mikrobiologicznej i postępowaniu terapeutycznym w leczeniu zakażeń. Szybki rozwój mechanizmów oporności na antybiotyki wśród drobnoustrojów sprawia, że możliwości terapeutyczne antybiotykoterapii celowanej są często ograniczone lub kończą się niepowodzeniem.

Cel pracy

Ocena występowania pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae na karbapenemy – CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae) izolowanych z próbek materiałów klinicznych.

Metodyka

Występowanie szczepów – pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae opornych na karbapenemy. Pacjenci z 45-lóżkowego oddziału chirurgicznego. W latach 2010–2015 hospitalizowano 14 813 pacjentów. Badania mikrobiologiczne lekowności szczepów izolowanych z próbek materiałów klinicznych badano zgodnie z rekomendacjami EUCAST/KORLD, z wykorzystaniem analizatora mikrobiologicznego VITEK2. W przypadku szczepów opornych CRE (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae) wynik oznaczenia lekowności potwierdzano za pomocą metod referencyjnych.

Wyniki

Z próbek materiałów klinicznych izolowano – wszystkie materiały: (krew, mocz, okolica miejsca operowanego, wydzielina z dolnych dróg oddechowych) 574 dodatnie posiewy, łącznie izolowano z nich 974 szczepy pałeczek Gram-ujemnych z rodziny Enterobacteriaceae: Wśród nich odsetek szczepów opornych CRE wyniósł dla Ertapenemu – 3,2%, Imipenemu – 3,4%, Meropenemu – 2,4%.

Wnioski

W leczeniu zakażeń u chorych na oddziałach zabiegowych szczególnie transplantacyjnych konieczne jest właściwe monitorowanie szczepów bakteryjnych pojawiających się w czasie leczenia, racjonalna antybiotykoterapia, racjonalna profilaktyka okołoperacyjna. Celowe jest badanie nosicielstwa u pacjentów „immunosupresyjnych” i izolowanie chorych ze szczepami wielolekoopornymi MDR (ang. Multi Drug Resistant), aby zapobiec zakażeniom szpitalnym.

FRAKCJA WYRZUTOWA JAKO ISTOTNY CZYNNIK RYZYKA POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH W CHIRURGII OGÓLNEJ

Wojciech Hap (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Przemysław Dzierżek (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Krzysztof Kurnoi (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Ewelina Frejlich (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wojciech Kielan (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wstęp

Rozwój kardiologii oraz wydłużenie średniego czasu życia są przyczynami wzrostu liczby pacjentów z niewydolnością serca, operowanych na oddziałach chirurgii ogólnej i onkologicznej. Jednocześnie rozwój anestezjologii i intensywnej terapii pozwala na mniej restrykcyjne podejście do kwalifikowania pacjentów, z upośledzoną frakcją wyrzutową serca, do rozległych zabiegów operacyjnych. O ile współczesna anestezjologia i intensywna terapia pozwalają na zwiększenie bezpieczeństwa znieczulenia i operacji w tej grupie pacjentów, o tyle wpływ izolowanego czynnika, jakim jest frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) na odległe powikłania pooperacyjne, nie jest szczegółowo poznany. W praktyce chirurgicznej bardzo często obserwuje się zwiększoną liczbę powikłań pooperacyjnych, takich jak: nieszczelność zespo-
leń, zaostrzenia niewydolności krążenia, zakażenia miejsca operowanego i zgony pooperacyjne u osób ze znanym przedoperacyjnie stopniem uszkodzenia lewej komory serca, ale nieprezentujących objawów klinicznych niewydolności krążenia.

Cel pracy

Analiza przydatności przedoperacyjnych wartości LVEF w predykcji powikłań pooperacyjnych w chirurgii ogólnej i onkologicznej.

Metodyka

Analiza doniesień naukowych o zależności wartości LVEF i częstości powikłań pooperacyjnych.

Wyniki

Przedoperacyjna ocena frakcji wyrzutowej oraz określenie punktu odcięcia tej wartości, który wiąże się ze zwiększeniem liczby powikłań pooperacyjnych, ma istotną wartość kliniczną w określaniu grup pacjentów obciążonych zwiększonym ryzykiem powikłań pooperacyjnych. Zmniejszona wartość LVEF przed operacją jest związana z częstszym występowaniem powikłań pooperacyjnych.

Wnioski

Oceniana często przy kwalifikacji do zabiegu zdolność do tolerancji wysiłku fizycznego wydaje się kryterium zbyt subiektywnym i często niewystarczającym dla określenia ryzyka powikłań okołoperacyjnych. Dokładnej ocenie kardiologicznej, z oceną echokardiograficzną rzutu serca, poddawani są pacjenci ze znaną przeszłością kardiologiczną lub ewidentnymi cechami niewydolności krążenia. Zmniejszenie frakcji wyrzutowej lewej komory może dotyczyć pacjentów, których przeszłość kardiologiczna nie jest wyraźnie zarysowana. Wprowadzenie rutynowej oceny LVEF przed planowymi zabiegami operacyjnymi może mieć wpływ na zmniejszenie częstości powikłań chirurgicznych.

OPERACJE NAPRAWCZE Z UŻYCIEM WSTAWKI JELITOWEJ Z POWODU JATROGENNYCH USZKODZEŃ MOCZOWODÓW W MATERIALE WŁASNYM

Piotr Marczyński (Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Praski – Warszawa)

Beata Banaczyk (Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Praski – Warszawa)

Łukasz Michalczyk (Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Praski – Warszawa)

Wojciech Tur (Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Praski – Warszawa)

Wstęp

Uszkodzenia moczowodów stanowią 1–2,5% urazów układu moczowego. Najczęstsze urazy to przyczyny jatrogenne, postrzały i wypadki komunikacyjne. Rodzaj operacji naprawczej zależy od lokalizacji uszkodzenia. W urazach znacznego fragmentu moczowodu możliwym rozwiązaniem jest rekonstrukcja z użyciem wstawki z jelita.

Cel pracy

Ocena metody i wyników leczenia chorych z uszkodzeniem moczowodów rekonstrukcją moczowodów z użyciem wstawki z jelita.

Metodyka

Prezentacja przypadków chorych z uszkodzeniami moczowodów, u których po niepowodzeniach pierwotnego zaopatrzenia wykonano rekonstrukcję dróg moczowych z użyciem jelita. Analizą objęto przedoperacyjną charakterystykę pacjentów, ocenę przebiegu zabiegu oraz okres pooperacyjny.

Wyniki

W latach 2015–2017 wykonano w naszym ośrodku 3 operacje rekonstrukcji uszkodzonego moczowodu z użyciem wstawki z jelita cienkiego (MB♂, KW♂, IW♀). Urazy moczowodu spowodowane były odpowiednio: całkowitym przerwaniem ciągłości w czasie ureterolitotrypsji, naciekiem raka jelita grubego, zwężeniem po radioterapii z powodu raka narządu rodowego. Omawianą metodę zastosowano po nieudanym pierwotnym zaopatrzeniu: rekonstrukcji na płacie Boariego, zespoleniu koniec do końca, kalibracji endoskopowej.

U chorych stosowano szynowanie dróg moczowych cewnikiem JJ lub odprowadzenie moczu przez nefrostomię, co wiązało się z istotnym pogorszeniem jakości życia. Czas operacji wynosił odpowiednio: 205, 240 i 165 minut; długość użytego jelita: 20, 30 i 25 cm. Wykonano odpowiednio zespolenia łączące pęcherz moczowy przez wstawkę jelitową z: górnym odcinkiem moczowodu, miedniczką i moczowodami. W okresie pooperacyjnym odnotowano powikłania zaklasyfikowane odpowiednio jako I, II, IIIb według Clavien-Dindo. Cewniki JJ utrzymywane były odpowiednio przez: 44, 33 i 8 dni. W kontrolnych urografiach stwierdzano prawidłowe wydzielanie i wydalanie kontrastu przez nerki, swobodny przepływ przez zespolenia i wstawkę jelitową oraz zaleganie moczu w pęcherzu. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzano cech niewydolności nerek. Czas hospitalizacji po operacji wynosił odpowiednio: 21, 10, 13 dni.

Wnioski

Użycie fragmentu jelita cienkiego jest akceptowalną metodą rekonstrukcji moczowodu. Jednocześnie związane jest z zauważalną poprawą jakości życia w porównaniu z zaopatrzeniem cewnikami JJ lub nefrostomią. Wcześniejsze interwencje w obrębie jamy brzusznej i miednicy nie stanowią przeciwwskazania do leczenia tym sposobem. Pełna ocena metody wymaga dalszych badań na większej grupie pacjentów.

CZYNNIKI RYZYKA POWIKŁAŃ PO OPERACJACH NAPRAWCZYCH PRZETOK JELITA CIENKIEGO

Andrzej Kluciński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Marek Wroński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Włodzimierz Cebulski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Bartosz Witkowski (Szkoła Główna Handlowa – Warszawa)

Tomasz Guzel (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Marcin Makiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Andrzej Krajewski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Przetrwale przetoki jelita cienkiego, wymagające definitywnego leczenia chirurgicznego, stanowią do dziś ogromny problem terapeutyczny.

Cel pracy

Ocena wyników leczenia operacyjnego u chorych z przetokami jelita cienkiego oraz określenie wpływu wybranych parametrów klinicznych i laboratoryjnych na występowanie powikłań i/lub nawrotu przetoki po operacji naprawczej u chorych z przetokami jelita cienkiego.

Metodyka

Badanie ma charakter retrospektywny. Do badania włączono 42 chorych z przetokami jelita cienkiego, których poddano planowej operacji naprawczej w latach 2004–2011. Badaną populację chorych podzielono na 2 grupy. Do grupy I zakwalifikowano 25 chorych bez powikłań lub z powikłaniami lekkimi. Do grupy II zakwalifikowano 17 chorych z powikłaniami ciężkimi i/lub nawrotem przetoki. Ciężkość powikłań oceniano w skali Clavien-Dindo. W analizie uwzględniono parametry przedoperacyjne i operacyjne.

Wyniki

Wyleczenie po operacji naprawczej przetoki jelita cienkiego uzyskano u 30 chorych. Przebieg pooperacyjny u 37 chorych był powikłany. Nawrót przetoki obserwowano u 9 chorych. U 37 chorych wystąpiły łącznie 93 powikłania. Najczęściej występowały powikłania septyczne i stanowiły 48% wszystkich powikłań. Powikłania krwotoczne stanowiły 19%, a po-

wikłania dotyczące przewodu pokarmowego 15% wszystkich powikłań. Powikłania lekkie stanowiły 72% wszystkich powikłań. Pozostałe 28% stanowiły powikłania ciężkie, w tym 16% w stopniu III oraz 9% w stopniu IV. Zgon odnotowano u 3 chorych. W analizie jednoczynnikowej ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań i/lub nawrotu przetoki było znamienne wyższe u chorych z więcej niż jedną przetoką ($p = 0,03$), podwyższonym stężeniem CRP ($p = 0,01$) oraz dłuższym okresem hospitalizacji przed operacją ($p = 0,01$). W analizie wieloczynnikowej obecność więcej niż jednej przetoki wiązała się z ponad ośmiokrotnie ($OR = 8,2$; 95% CI: 1,05–63,83; $p = 0,04$) większym prawdopodobieństwem wystąpienia ciężkich powikłań i/lub nawrotu przetoki.

Wnioski

Definitywna operacja przetok wiąże się z częstym występowaniem powikłań pooperacyjnych. Normalizacja parametrów stanu zapalnego przed zabiegiem może mieć kluczowe znaczenie dla wyników leczenia operacyjnego. Mnogie przetoki stanowią najważniejszy czynnik ryzyka wystąpienia ciężkich powikłań i/lub nawrotu przetoki po operacji naprawczej.

POPZESZCZEPWA CHOROBA LIMFOPROLIFERACYJNA JAKO PRZYCZYNA RZADKIEGO POWIKŁANIA - TĘTNIKA RZEKOMEGO ZESPOLENIA TĘTNICZEGO PO PRZESZCZEPIE NERKI

Ryszard Grendziak (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Marek Tuchendler (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Iwanowski (Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

Tętniaki rzekome zespożeń tętniczych po przeszczepie nerki są opisywane w piśmiennictwie niezwykle rzadko. Na Oddziale Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej wykonano wszczepienie nerki dawcy zmarłego do lewego dołu biodrowego, wykonując zespolenie tętnicze koniec do boku tętnicy biodrowej wspólnej lewej.

Opis przypadku

W 2. dobie po operacji rozpoznano u pacjenta 4-centymetrowego tętniaka rzekomego w okolicy zespolenia tętniczego. Zabieg naprawczy wymagał replantacji nerki i rekonstrukcji tętnicy biodrowej wstawką z żyły odpiszczelowej. W 7. dobie po reoperacji doszło do rozszczelnienia zespolenia tętniczego (wstawka). Ze względu na duże trudności techniczne i masywny krwotok, zdecydowano się na graftektomię i bypass biodrowo-udowy z silvergraftu. Następnie w 6. dobie ze względu na kolejne pęknięcie zespolenia proksymalnego w trybie pilnym wymieniono bypass biodrowo-udowy na pomost aortalno-udowy (również silvergraft), który był zaopatrzeniem ostatecznym (obserwacja 10-miesięczna).

Wnioski

Jedną z możliwości niepowodzeń leczenia pacjenta mogła być rozpoznana w trakcie pobytu poprzyszczepowa choroba limfoproliferacyjna (PTLD) (histopatologicznie pobrany węzeł chłonny okołoaortalny).

OLBRZYMIE ROPNIE PRZESTRZENI POZAOTRZEWNOWEJ-PREZENTACJA PRZYPADKÓW

Szymon Niemiec (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Jasło)

Dagmara Radziuk (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Jasło)

Mariusz Wesecki (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Jasło)

Ropnie przestrzeni zaotrzewnowej stanowią rzadki problem kliniczny w praktyce chirurga ogólnego oraz lekarzy innych specjalności. Sprawia to, że mniej uwagi poświęca się diagnostyce schorzeń tej okolicy oraz technice drenażu, jakże użytecznym w codziennej praktyce chirurga. Podstępny przebieg i niejednoznaczne objawy skutkują opóźnioną właściwą diagnozą, nieadekwatnym leczeniem oraz dużą śmiertelnością. Prezentujemy dwa przypadki pacjentów z rozległymi ropniami przestrzeni zaotrzewnowej, sięgających od

przepony do miednicy, leczonych na Oddziale. Zamysłem autorów jest uwrażliwienie na często skąpoobjawowy obraz choroby, niecharakterystyczne objawy, przedstawienie metod diagnostycznych oraz wybór właściwego adekwatnego do stanu chorego leczenia i poważne konsekwencje w przypadku jego opóźnienia.

1098

PROGNOSTIC VALUE OF USING NEUTROPHIL-LYMPHOCYTE RATIO IN PATIENTS WITH BURN DISEASE FOR THE DIAGNOSIS OF PURULENT COMPLICATIONS

Julia Fuss (Danylo Halytsky Lviv National Medical University – Lviv)

Anna Voloboyeva (Central District Hospital – Pustomyty)

Roksolana Yaremkiewch (Danylo Halytsky Lviv National Medical University – Lviv)

Dmytro Romanchak (Clinical Municipal Communal Emergency Hospital – Lviv)

Introduction

Despite the progress made in the treatment of burn injuries, the mortality rate among seriously injured patients still remains high. The main cause of death with extensive deep burns are general infectious complications. The most severe complication is sepsis, being a cause of death of 23–82% of the patients in later stages of burn injuries. However, the clinical diagnosis of wound infection in patients with burn injuries is quite difficult.

Aim

The aim of the study was to determine prognostic value of calculating NLR in diagnosis of patients with burn injuries.

Methods

The study included 117 patients with burn injuries – 67 men (57.2%) and 50 women (42.8%). All patients were examined and the type and depth of the burn, as well as the area of injury, were determined. For the purpose of the assignment, the patients have been divided into groups. Group 1 consisted of 58 patients for which additional laboratory tests were conducted (C-reactive protein, procalcitonin and neutrophil-lymphocyte ratio). For Group 2 consisting of 59 patient the laboratory test to determine the level of procalcitonin was not conducted.

Results

Most of the injuries occurred due to thermal burn ($n = 65$), then electrical ($n = 23$), chemical ($n = 18$) and flame burn ($n = 11$), respectively. During the study period, there were 117 consecutive patients and all of which had complete data available for the primary outcome. The baseline laboratory characteristics of the patients are presented in Table 1.

Table 1.

Baseline laboratory characteristics of the study subjects

Characteristics	Group 1	Group 2	P value
Neutrophil ($10^9/L$)	11.70 (9.78–15.41)	12.30 (9.74–18.33)	0.001
Lymphocyte ($10^9/L$)	0.81 (0.59–1.42)	0.84 (0.57–1.42)	0.002
NLR	19.21 (9.74–27.21)	16.73 (6.84–23.45)	0.000
PCT (ng/mL)	19.88±6.27	18.45±7.53	0.521
CRP (mg/L)	103.05±48.10	99.55±49.43	0.140

The NLR levels in burn patients with purulent complications were compared. The data showed a significantly higher level of NLR in burn patients with purulent complications, which may help physicians at the time of the initial diagnosis.

Conclusions

The application of NLR for the diagnosis of purulent complications in patients with burn injuries is not obligatory, however its determination requires only the overall blood test. This simple and inexpensive method allows to detect inflammation processes in the patients with burn injuries, especially if there is no possibility to determine the level of procalcitonin.

SKUTECZNE I NIEPOWIKŁANE ZABIEGI PLASTYKI PRZEPUKLINY PACHWINOWEJ U STARSZYCH PACJENTÓW - CZY ZAWSZE UWAŻNA OBSERWACJA JEST ZALECANA?

Piotr Zelga (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Mateusz Pryt (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Marta Zelga (Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Pododdziałem Oparzeń, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki – Łódź)

Adam Dziki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Wstęp

Starszym pacjentom często odradza się leczenie operacyjne, ponieważ ryzyko wystąpienia powikłań okołoperacyjnych wzrasta wraz z wiekiem. Operacje w trybie nagłym w tej grupie wiążą się jednak ze znaczną liczbą powikłań. Powyższy zwyczaj postępowania dotyczy

Cel pracy

Celem badania było wyodrębnienie grupy pacjentów powyżej 60. r.ż., którzy odnieśliby większe korzyści z planowej operacji przepukliny pachwinowej w porównaniu ze strategią uważnej obserwacji.

Metodyka

Do badania włączono 488 pacjentów powyżej 60. r.ż. operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2006–2016. Wykonano analizę retrospektywną czynników wpływających na powikłania pooperacyjne w zależności od wieku, chorób współistniejących, przebytych operacji, trybu przyjęcia (planowy, pilny), rodzaju znieczulenia oraz wykonanej operacji.

Wyniki

Powikłania wystąpiły u 47 (9,6%) pacjentów (20 planowych i 27 pilnych). Na podstawie wieloczynnikowej regresji logistycznej stwierdzono, że istotnie powiązane z wystąpieniem powikłań były operacja w trybie pilnym (OR = 22,9; $p < 0,001$) i Charlson Age-Comorbidity Index (CACI) (OR = 1,41; $p < 0,001$). Analiza krzywych ROC wykazała, że CACI najlepiej

przewiduje wystąpienie komplikacji u pacjentów ostrodyżurowych (AUC = 0,837) z optymalnym punktem odcięcia 5 punktów (czułość 78%, swoistość 84%). U pacjentów z Charlson Score 5 lub więcej tryb pilny istotnie zwiększał ryzyko wystąpienia powikłań (OR = 92,6; $p < 0,001$). W grupie pacjentów operowanych planowo nie wykazano powiązania między wyższą punktacją w skali CACI i występowaniem pooperacyjnych powikłań ($p = 0,187$).

Wnioski

Wyniki badania sugerują rozważenie planowej operacji u starszych pacjentów, szczególnie z chorobami współistniejącymi (wynik 5 lub wyżej w skali CACI). Wśród pacjentów obciążonych pilna operacja powiązana jest ze znacznym wzrostem częstości powikłań pooperacyjnych. Unikanie konieczności operowania w trybie ostrodyżurowym wydaje się ważniejsze niż czujna obserwacja w zapobieganiu komplikacjom w tej grupie pacjentów.

OLBRZYMIE PRZEPUKLINY BRZUSZNE – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Robert Skibiński (I Katedra Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Czesław Osuch (I Katedra Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Magdalena Mizera (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Paulina Galos (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Matyja (I Katedra Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Przepuklina to uwypuklenie struktur wewnątrzbrzusznych przez defekt w obrębie ściany jamy brzusznej. Po każdym zabiegu w obrębie jamy brzusznej powstaje blizna pooperacyjna w miejscu cięcia operacyjnego. Przepukliny w bliźnie stanowią ważne i często bagatelizowane długoterminowe powikłanie otwartych zabiegów operacyjnych. Zarówno średnica wrót, jak i objętość worka przepuklinowego nie stanowią jednoznacznie o kwalifikacji przepukliny brzusznej do danego typu, o czym świadczy obserwacja chorych operowanych w naszej Klinice.

W latach 2010–2016 przeprowadzono zabiegi naprawcze olbrzymich przepuklin u 76 chorych. Grupa składała się z 52 kobiet i 24 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 62 lata. Każdy z przypadków był konsultowany z anestezjologiem ze względu na współtowarzyszące choroby oraz ze względu na późniejsze leczenie chorego po zabiegu operacyjnym.

W pracy prezentujemy predyspozycje do powstawania przepuklin, zastosowane metody leczenia operacyjnego i przygotowanie chorego do zabiegu, możliwe powikłania pooperacyjne oraz dalsze działania prewencyjne zapobiegające nawrotowi.

Rozległość zabiegu operacyjnego oraz modyfikacje śródoperacyjne stawiają chirurga oraz anestezjologa przed dużym wyzwaniem. Liczba chorych operowanych z roku na rok wzrasta, co zdecydowanie świadczy o problemie, który coraz częściej pojawia się u pacjentów.

WPLYW SPOSOBU MOCOWANIA SIATKI PRZEPUKLINOWEJ NA PRZEBIEG POOPERACYJNY PACJENTÓW PODDANYCH OPERACJI METODĄ LICHTENSTEINA - WSTĘPNE WYNIKI BADANIA PROSPEKTYWNE RANDOMIZOWANEGO

Michał Zelek (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Rafał Solecki (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Krzysztof Wąż (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Mirosław Szura (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Wstęp

Operacja przepukliny pachwinowej metodą Lichtensteina jest jednym z najczęstszych zabiegów wykonywanych na oddziałach chirurgicznych. U części chorych po leczeniu operacyjnym występują długo utrzymujące się dolegliwości bólowe, które w znaczący sposób obniżają jakość życia. Do przyczyn wystąpienia tego zjawiska należą: brak identyfikacji i podłączenie nerwów przez szew w trakcie fiksacji siatki, sposób mocowania siatki oraz obkurczanie i wrastanie siatki w trakcie procesu gojenia. Wystąpienie tych dolegliwości ma znaczny wpływ na czas powrotu pacjenta do pełnej aktywności fizycznej.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu sposobu mocowania siatki przepuklinowej na występowanie powikłań oraz przebieg pooperacyjny po zabiegu wykonanym sposobem Lichtensteina.

Metodyka

Badaniu poddano grupę 100 mężczyzn operowanych metodą Lichtensteina w 2016 r. z powodu jednostronnej skośnej przepukliny pachwinowej. Pacjentów losowo dobierano do jednej z dwóch grup. Grupę I stanowili pacjenci, u których siatkę przepuklinową mocowano za pomocą szwów niewchłaniających, grupę II pacjenci, którym do umocowania siatki zastosowano klej histoakrylowy. W obu grupach zastosowano siatkę polipropylenową. Średni wiek pacjentów wynosił 53 lata, średnie BMI 25,4. Obie grupy były porównywalne pod względem masy ciała i wieku. Analizie poddano czas

zabiegu, częstość występowania krwiaków, surowiczaków, infekcji ran pooperacyjnych oraz czas hospitalizacji. W długoterminowej obserwacji pacjentów badano zarówno występowanie zjawiska przewlekłego bólu, jak i okres, po którym pacjenci wracali do normalnej aktywności fizycznej. Badanie zarejestrowane w ClinicalTrials.gov pod nr NCT02928146.

Wyniki

Nie stwierdzono różnic statystycznych w częstości powstawania krwiaków, surowiczaków, infekcji ran oraz długości hospitalizacji. Powrót do pełnej aktywności fizycznej u 92% pacjentów następował do miesiąca od zabiegu operacyjnego i nie różnił się statystycznie u obu grup. Po upływie miesiąca od zabiegu w grupie I u 6% pacjentów i 4% pacjentów w grupie II występował ból okolicy miejsca operowanego. Ból przewlekły oceniany po upływie 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym dotyczył 2% pacjentów u obu badanych grupach.

Wnioski

W oparciu o przeprowadzone badania nie stwierdzono różnic statystycznych w wynikach odległych pacjentów, u których siatkę przepuklinową mocowano za pomocą szwów i kleju histoakrylowego. Zaobserwowano, że zastosowanie kleju wpływa na skrócenie czasu zabiegu operacyjnego, jednakże bez znamienności statystycznej.

REKONSTRUKCJA POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ W POPORODOWEJ NIEWYDOLNOŚCI PRZEDNIEJ ŚCIANY BRZUCHA – DONIESIENIE WSTĘPNE

Jacek Topa (Szpital Zakonu Bonifratrów – Kraków)

Katarzyna Gotfryd-Bugajska (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Wojciech Szwed (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Mirosław Szura (Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego – Kraków)

Wstęp

Poporodowa niewydolność przedniej ściany brzucha dotyczy młodych kobiet, u których w wyniku przebytej ciąży doszło do uszkodzenia powłok jamy brzusznej. Schorzenie obejmuje rozstęp mięśni prostych, któremu często towarzyszą przepukliny: pępkowa i kresy białej. Dodatkowy problem stanowi nadmiar skóry, który pogarsza efekt estetyczny zniekształconych powłok jamy brzusznej. Wśród objawów klinicznych dominuje ból w obrębie przedniej ściany brzucha oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, wynikający z niestabilności tułowia.

Cel pracy

Celem pracy jest wstępna ocena wyników leczenia operacyjnego poporodowej niewydolności przedniej ściany brzucha, przywracającego prawidłową funkcję i wygląd powłok jamy brzusznej.

Metodyka

Badaniem objęto 60 pacjentek w wieku 21–37 lat z poporodową niewydolnością przedniej ściany brzucha, operowanych od lipca 2016 r. do czerwca 2017 r. Do zabiegu kwalifikowane były kobiety w skali ASA I lub II, najniższy wskaźnik BMI wynosił 18, a najwyższy 27. Pacjentki przyjmowane były na oddział w dniu operacji, a wypisywane w 2. dobie hospita-

lizacji, po usunięciu drenów. Kontrole pooperacyjne przeprowadzano w 10–14. doby po operacji, następnie po miesiącu, 3 i 6 miesiącach. Oceniano efekt funkcjonalny, nasilenie bólu w okresie pooperacyjnym, czas powrotu do czynności dnia codziennego i do sportu. Ocenie poddawano również efekt estetyczny.

Wyniki

Nie obserwowano powikłań śródoperacyjnych. W przebiegu pooperacyjnym odnotowano 1 krwawienie (1,7%), które wystąpiło w 2. dobie i wymagało reoperacji. Pozostałe powikłania to: krwaki – 6 (8,3%), surowiczaki – 7 (11,7%), zaburzenia czucia skóry dolnej części brzucha, ustępujące do 6 miesięcy.

Wnioski

Zastosowanie abdominoplastyki w leczeniu poporodowej niewydolności przedniej ściany brzucha jest metodą bezpieczną i efektywną. Pozwala przywrócić nie tylko prawidłową funkcję ściany brzucha, ale również jej wygląd, co jest szczególnie istotne w analizowanej grupie pacjentek.

TECHNIKA CAŁKOWICIE POZAOTRZEWNOWA (TEP) W LECZENIU PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH

Konrad Pielaciński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Tadeusz Wróblewski (Klinika Chirurgii Ogólnej Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Michał Kuryłowicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Diana Iwaniuk (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Wojciech Paweł Dąbrowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Andrzej Bogusław Szczepanik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Wstęp

Współczesne beznapięciowe techniki operacyjne są obowiązującym standardem w leczeniu przepuklin pachwinowych. Z minimalnie inwazyjnych najczęściej stosowaną jest technika całkowicie pozaotrzewnowa (TEP), w której, korzystając z toru wizyjnego, wzmacniający powięź poprzeczną implant umieszcza się przedotrzewnowo.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w stosowaniu techniki TEP w leczeniu przepuklin pachwinowych.

Metodyka

W latach 2010–2016 zoperowano 216 chorych (182 mężczyzn, 34 kobiety) w wieku od 19 do 76 lat (średnio 42 lat). Przepukliny skośne stwierdzono u 152 chorych, a proste u 64. Przepukliny obustronne występowały u 58 chorych, nawrotowe u 25. Operacje wykonywano bez użycia balonu, a przestrzeń przedotrzewnową preparowano optyką przez 10-milimetrowy port wprowadzony poniżej pępka. Następnie przez dwa 5-milimetrowe porty założone w linii pośrodkowej typowymi narzędziami laparoskopowymi preparowano worek przepuklinowy, odsłaniano wrota, wytwarzano miejsce dla siatki o wymiarze 15 × 10 cm. Badania kontrolne prowadzono w czasie hospitalizacji, po 7 dniach oraz po 6 i 12 miesiącach po operacji. Do oceny nasilenia bólu użyto skali NRS.

Wyniki

U 203 (94%) chorych zabieg rozpoczęto i zakończono techniką TEP. Z powodu trudności w wykonaniu techniki (rozdarcia otrzewnej) wykonano 5 konwersji do techniki przezbrzuszej (TAPP) i 8 do techniki Lichtensteina. Średni czas operacji wyniósł 79 minut. U 31 (15%) chorych wystąpiły powikłania: u 1 chorego krwawienie do przestrzeni przedotrzewnowej, któ-

re zaopatrzono operacyjnie; u 22 chorych krwiaki pachwiny, z których 1 usunięto operacyjnie, a 16 leczono zachowawczo; u 7 chorych surowiczaki pachwin, z których 1 leczono nakłuciami z aspiracją, a 6 zachowawczo; u 2 chorych zakażenie rany w okolicy pępka. Powrót chorych do codziennej aktywności życiowej następował najczęściej w 2. lub 3. dobie po operacji. Po 6 miesiącach u 1 (0,6%) chorego stwierdzono nawrót przepukliny; u 7 (3,5%) chorych występowanie bólu przewlekłego o nasileniu 4–6 w skali NRS, a u 6 (3%) o nasileniu do 3. Po roku występowanie bólu przewlekłego o nasileniu do 3 stwierdzono u 3 (1,5%) chorych.

Wnioski

Zastosowanie techniki TEP wiąże się z niskim odsetkiem nawrotów przepuklin i bólu przewlekłego oraz szybkim powrotem do codziennej aktywności życiowej. Jest to wartościowa metoda leczenia przepuklin pachwinowych i uważamy, że powinna być stosowana zarówno do leczenia przepuklin obustronnych i nawrotowych, jak i w przypadkach przepuklin jednostronnych.

PRZEPUKLINY OKOŁOSTOMIJNE – METODY LECZENIA

Robert Skibiński (I Katedra Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Przepuklina okołostomijna jest jednym z najczęstszych miejscowych powikłań stomii. Jej wystąpieniu towarzyszą uciążliwe objawy i dyskomfort psychiczny, skutkujące obniżeniem jakości życia pacjentów. Około 50% chorych jest zagrożonych rozwojem objawowej przepukliny okołostomijnej, a najbardziej narażone są te osoby, u których wykonano zabieg kolostomii.

Zabiegi naprawcze przepukliny okołostomijnej ewoluowały na przestrzeni lat. Proste metody, polegające na zwykłym zszyciu wrót przepukliny bądź przeniesieniu stomii w inne miejsce, są przestarzałe i nie zaleca się już ich stosowania. Obecnie przeprowadza się naprawy przepuklin okołostomijnych z użyciem siatek metodą otwartą lub laparoskopową. Dostępnymi technikami są: zmodyfikowana metoda Sugarbakera, technika dziurki od klucza i metoda warstwowa.

Wszczepienie siatki zapewnia mniejszy odsetek nawrotów i innych powikłań w porównaniu z tradycyjnymi metodami. Ogólna częstość jej zakażeń, choć stanowi istotny problem, nie jest wysoka. Operacja sposobem Sugarbakera jest preferowana ze względu na zadawalające wyniki potwierdzone w licznych badaniach.

Osobnym aspektem jest rodzaj użytej siatki. Wyróżnia się siatki syntetyczne i biologiczne. Odsetek nawrotów po zastosowaniu każdego rodzaju siatki jest zbliżony, co przemawia na korzyść siatki syntetycznej, która jest znacznie tańsza od jej biologicznego odpowiednika. W środowisku skażonym zaleca się jednak użycie siatki pochodzenia biologicznego.

OBJAWOWA PRZEPUKLINA TRÓJKĄTA MOSTKOWO-ŻEBROWEGO – OPIS DWOCH PRZYPADKÓW

Michał Mirecki (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 – Lublin)
Krystyna Abramowicz (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 – Lublin)
Witold Zgodziński (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 – Lublin)
Justyna Wyroślak-Najs (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 – Lublin)
Grzegorz Wallner (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 – Lublin)

Wstęp

Wrota przepukliny trójkąta mostkowo-żebrowego znajdują się w obrębie otworów Morgagniego – niewielkich przerw w błonie mięśniowej przepony występujących po obu stronach pomiędzy przyczepami przepony do wyrostka mieczykowatego. Przepukliny te stanowią 3% wszystkich przepuklin przeponowych. Najczęściej są bezobjawowe.

Opis przypadków

Chora H.K., lat 76, obciążona internistycznie, została przyjęta na Oddział Kardiologiczny w trybie nagłym z powodu nasilenia duszności trwającej od ok. 3 miesięcy. W badaniu CT KLP z kontrastem stwierdzono: „Po stronie prawej zamostkowa przepuklina przeponowa z zawartością jelita grubego oraz tkanki tłuszczowej. Wrota szerokości ok. 42 mm. Niedodma przylegającego miąższu płucnego”. Chorą skierowano do II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego w Lublinie, gdzie została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. Jamę brzuszną otwarto z cięcia pośrodkowego. Stwierdzono dużą przepuklinę trójkąta mostkowo-żebrowego. Odprowadzono z klatki piersiowej sieć oraz poprzecznice stanowiące zawartość przepukliny, następnie wypreparowano worek przepuklinowy i odcięto jego nadmiar. Przeponę przyszyto do łuku żebrowego pojedynczymi szwami niewchłanialnymi i zamknięto otrzewną. Współistniejącą ok. 5-centymetrową przepuklinę wślizgową rozstępu przelykowego przepony zaopatrzono fundoplikacją sposobem Nissena. W 8. dobie pacjentkę wypisano w stanie dobrym do domu.

Kolejny przypadek objawowej przepukliny Morgagniego: pacjentka M.P., lat 65, podobnie jak w powyższym przypadku zgłaszała duszność. W wykonanych badaniach obrazowych stwierdzono przepuklinę kąta mostkowo-żebrowego. Chora operowana w II Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego w Lublinie. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono przemieszczenie zamostkowo do przedniego śródpiersia: w całości sieć większa, ok. 1,5 m jelita cienkiego, kątnica z wyrostkiem, wstępnica i okrężnica poprzeczna. Po odprowadzeniu narządów do jamy brzusznej stwierdzono otwór w przeponie – przepuklina Morgagniego, z wrotami kształtu trójkątnego o średnicy ok. 10 cm. Duży worek przepuklinowy wypreparowano ze śródpiersia w całości. Wrota przepukliny zaopatrzono szwami pojedynczymi, przyszywając wolny brzeg przepony do tkanek przymostkowych. W 5. dobie pacjentkę wypisano w stanie dobrym do domu.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO OPERACJACH PRZEPUKLINY PĘPKOWEJ PRZY ZASTOSOWANIU NOWYCH MATERIAŁÓW WSZCZEPIALNYCH

Mikołaj Wasiak (Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Agnieszka Chmieleńska (Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Roman Danielewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Kosieradzki (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Przepukliny brzuszne, a w tym przepukliny pępkowe, są częstym problemem chirurgicznym. Wiele czynników przyczynia się do powstawania przepuklin pępkowych (wielokrotne ciążę, otyłość, podwyższone ciśnienie śródbrzusze, przebyte operacje brzuszne). Opracowano wiele metod zaopatrzenia przepuklin oraz rodzajów sztucznych materiałów, wykorzystywanych do operacji, co może sugerować, że nie istnieje idealna metoda, którą należy zastosować u wszystkich pacjentów z zadowalająco dobrym rezultatem. W każdym ośrodku zajmującym się plastyką przepuklin zdarzają się nawroty i reoperacje wynikające z niezadowalających efektów wcześniejszych operacji.

Cel pracy

W przeprowadzonym badaniu analizowane są wyniki operacji przepuklin pępkowych przeprowadzonych w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Na podstawie wyników operacji próbowano określić, która z metod operacyjnych daje najlepsze odległe wyniki.

Metodyka

Wybrano grupę pacjentów operowanych w naszej Klinice w latach 2014–2017. Grupa składała się z 91 osób, z czego u 35 użyto siatki Ventralex, u 36 innej siatki, a 20 operowanych było bez użycia materiałów syntetycznych. Do oceny jakości życia pacjentów w badaniu wykorzystano dwa standaryzowane kwestionariusze – Carolinas Comfort Scale i SF-12 v.2, które pacjenci wypełniali samodzielnie lub w trakcie rozmowy

telefonicznej, udzielając odpowiedzi ankietującemu. Carolinas Comfort Scale jest kwestionariuszem dedykowanym do oceny objawów odczuwanych przez pacjenta po wszczepieniu siatki i ocenia trzy parametry – odczuwanie siatki, ból i ograniczenie ruchów w trakcie normalnej aktywności. SF-12 v.2 jest standaryzowanym kwestionariuszem oceniającym jakość życia pacjenta względem ogólnego zdrowia w ciągu ostatniego miesiąca od wypełnienia kwestionariusza. Wykorzystano go w celu skorygowania objawów odczuwanych, związanych z wszczepioną siatką w odniesieniu do innych dolegliwości pacjenta.

Wyniki

Wstępna ocena ankiet przeprowadzonych dotychczas wśród chorych we wszystkich 3 grupach ($n = 22$) wskazuje na znacznie lepsze efekty operacji przeprowadzonych z użyciem siatki Ventralex i lepszą tolerancję tej siatki w porównaniu z innymi rodzajami siatek i metodami bez użycia materiałów syntetycznych.

Wnioski

Wstępne wyniki ankiet wskazują, że nowe materiały wszczepialne są dobrze tolerowane przez pacjentów i dają zadowalające efekty zaopatrzenia przepuklin w okresie obserwacji sięgającej 2 lat.

OCENA WYNIKÓW OPERACJI PRZEPUKLIN POŚRODKOWEJ LINII CIAŁA ORAZ JAKOŚCI ŻYCIA W ZALEŻNOŚCI OD SPOSOBU ZAOPATRZENIA WRÓT PRZEPUKLINY

Agnieszka Jóźwik (Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Mikołaj Wasiak (Studenckie Koło Naukowe „Kindley” przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Warszawa)

Radosław Cylke (Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Dariusz Wasiak (Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Kosieradzki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Przepuklina jest jednym z częstszych schorzeń, z jakim ma do czynienia chirurg ogólny w swojej codziennej pracy. Nie istnieje jeden idealny sposób zaopatrzenia przepuklin, co skłania do poszukiwania nowych oraz porównywania już istniejących metod.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wyników operacji przepuklin brzusznych oraz jakości życia

w zależności od sposobu zaopatrzenia oraz rodzaju użytej siatki.

Metodyka

Od stycznia 2014 r. do grudnia 2016 r. zoperowano w naszym ośrodku 58 przepuklin brzusznych znajdujących się w linii pośrodkowej ciała, u 54 pacjentów. Od tego czasu 2 pacjentów zmarło. Pacjenci zostali podzieleni na 3 grupy: I – chorzy, u których wykonano plastykę przepukliny bez użycia siatki ($n = 12$), II – pacjenci, u których wykonano plastykę z implantacją całkowicie wchłanialnej siatki Phasix ($n = 5$), III – osoby z przepukliną zaopatrzoną niewchłanialną siatką ($n = 41$). Oceniono częstość nawrotów, została przeprowadzona również ankieta mająca na celu ocenę jakości życia przy użyciu 2 formularzy – Carolinas Comfort Scale TM oraz SF12v2.

Wyniki

U pacjentów, u których implantowano siatkę Phasix, nie zaobserwowano ani jednego nawrotu, u chorych z inną siatką nawrót zaobserwowaliśmy w 26% przypadków, natomiast u chorych zoperowanych bez użycia siatki – w 36% przypadków. Średni czas obserwacji wynosił 21 miesięcy. Zgodnie z danymi z formularza Carolinas Comfort Scale TM, żaden z pacjentów po plastyce przepukliny z siatką Phasix nie odczuwał obecności siatki ani też bólu czy ograniczeń z nią

związanych. 45% pacjentów po operacji bez użycia siatki odczuwa ból, a 35% wskazywało na ograniczenie ruchów. Wśród chorych po implantacji niewchłanialnej siatki aż 56% badanych odczuwa jej obecność, 41% ból, a 32% ograniczenie ruchów. Warto podkreślić, że większość ograniczeń we wszystkich grupach wynika z innych przyczyn niż przebyta operacja przepukliny. Ocena jakości życia według formularza SF-12v2 jest nieco lepsza wśród pacjentów po plastyce przepukliny z siatką Phasix oraz bez siatki niż u chorych po implantacji niewchłanialnej siatki, jednak różnice te nie są istotne statystycznie.

Wnioski

Plastyka przepukliny przy użyciu wchłanialnej siatki daje mniejszą częstość nawrotów, brak dolegliwości i ograniczeń ruchowych oraz lepszą jakość życia w porównaniu z plastyką bez siatki oraz plastyką z implantacją siatki niewchłanialnej. Ze względu na małą liczebność grup badanie wymaga jednak dalszego uzupełnienia.

WARTOŚĆ ROKOWNICZA SUROWICZEGO POZIOMU VEGF U CHORYCH Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO

Elżbieta Gallus (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Szymon Pietruszka (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Radosław Pach (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Antoni Szczepanik (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Jan Kulig (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Wstęp

Naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu – VEGF jest jednym z kluczowych elementów regulujących angiogenezę. Bierze udział m.in. w tworzeniu naczyń w guzach nowotworowych, w promocji rozwoju nowotworu.

Leczenie blokujące dla VEGF jest stosowane w raku jelita grubego, raku sutka, jajnika, niedrobnokomórkowym raku płuc oraz raku trzustki i przynosi korzyści jako terapia uzupełniająca chemioterapię lub immunochemioterapię w postaci wydłużenia czasu do progresji nowotworu.

Cel pracy

Określenie, czy surowiczy poziom VEGF wpływa na rokowanie u chorych z nowotworami przewodu pokarmowego.

Metodyka

Grupę badaną stanowili chorzy z rakiem żołądka, jelita grubego i trzustki operowani w I Katedrze Chirurgii Ogólnej UJCM w latach 2006–2008. Analizą objęto 96 chorych, w tym 45 – z rakiem jelita grubego, 39 – z rakiem żołądka oraz 12 – z rakiem trzustki. Średni wiek chorych wyniósł 63 lata. W grupie badanej było 51 kobiet i 45 mężczyzn.

Stężenia VEGF mierzono w surowicy przy użyciu cytofluorymetru przepływowego FACSCanto, techniką CBA, z wykorzystaniem zestawów CBA Flex Set (BD) do oznaczenia danej cytokiny. Czulość metody określono na 5 pg/ml.

Wyniki

W jednowymiarowej analizie regresji poziom surowiczy VEGF nie był niezależnym czynnikiem rokowniczym. Również analiza wieloczynnikowa (model proporcjonalnego ryzyka Coxa), biorąca pod uwagę jako znamienne zakłócające stopień zaawansowania, cechy T, N, M, radykalność zabiegu oraz wiek i płeć, nie wykazała znamienności statystycznej dla poziomu VEGF w surowicy jako niezależnego czynnika rokowniczego.

Analizowano również przeżycie odległe chorych w podgrupach radykalności zabiegów operacyjnych. W podgrupach chorych z radykalnością R0 i osobno R1 oraz w połączonej grupie R0 + R1 nie stwierdzono różnic w przeżyciach w zależności od poziomu surowiczego VEGF.

Natomiast w grupie chorych z radykalnością R2 pacjenci z niskim poziomem VEGF przeżywali statystycznie znacznie lepiej w porównaniu z grupą wyższego VEGF.

Stwierdzono również, że w grupie z radykalnością R2 poziom VEGF w surowicy był czynnikiem rokowniczym w jednowymiarowym modelu regresji.

Wnioski

Przedoperacyjny poziom VEGF w surowicy ma istotny wpływ na przeżycie chorych z nowotworami przewodu pokarmowego operowanych nieradykalnie. Wysoki poziom tego czynnika jest związany z gorszym rokowaniem.

STĘŻENIE BIAŁKA SPINK 1 W OCENIE SKUTECZNOŚCI LECZENIA CHIRURGICZNEGO W PRZEWLEKŁYM ZAPALENIU TRZUSTKI

Andrzej Rafał Hellmann (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Szymański (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Justyna Kostro (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Iwona Marek (Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Krzysztof Adrych (Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Stanisław Hać (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Przewlekłe zapalenie trzustki (PZT) charakteryzuje się nieodwracalnymi zmianami morfologicznymi w postaci postępującego uszkodzenia tkanki zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej. Istotną rolę w patogenezie PZT odgrywa trzustkowy inhibitor wydzielania trypsyny (SPINK 1). Białko SPINK 1 pozwala na unieczynnienie ok. 20% uaktywnionej trypsyny. Stanowi tym samym jedną z barier chroniących przed samotrawieniem komórek pęcherzykowych trzustki. Uważa się, że białko SPINK 1 wykazuje ochronną rolę w zapaleniu trzustki przez podwójne działanie: jako bezpośredni inhibitor trypsyny oraz przez hamowanie procesu autofagii. Natomiast jego podobieństwo do naskórkowego czynnika wzrostu (EGF) może być przyczyną zwiększonego ryzyka transformacji nowotworowej komórek gruczolowych trzustki.

Cel pracy

Celem pracy było określenie, czy oznaczenie stężenia białka SPINK 1 może być dodatkowym parametrem ułatwiającym wybór właściwej metody leczenia: chirurgicznej bądź endoskopowej, a ponadto, czy oznaczenie stężenia białka SPINK 1 może być parametrem potwierdzającym skuteczność zastosowanego leczenia.

Metodyka

Do badania włączono 30 chorych leczonych chirurgicznie (A) oraz 28 leczonych endoskopowo (B). Krew pobierano przed zabiegiem, a następnie po 6 miesiącach. Oznaczanie stężenia białka SPINK 1 przeprowadzono metodą ELISA z wykorzystaniem komercyjnego Human ELISA Kit for SPINK 1. Ponadto analizowano skuteczność leczenia na podstawie zmian BMI oraz dolegliwości bólowych. Dodatkowo określono obecność mutacji SPINK 1 u wszystkich chorych. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu oprogramowania SPSS, wersja 23.

Wyniki

W grupie (A) średnie stężenie białka SPINK 1 przed leczeniem wyniosło 46,88 ($\pm 63,6$) ng/mL. Po leczeniu, podczas 6-miesięcznej obserwacji odnotowano istotny statystycznie spadek stężenia.

W przypadku pacjentów z grupy (B) wyjściowe stężenie wyniosło 16,55 ng/mL, po 6 miesiącach nie odnotowano istotnego spadku stężenia SPINK 1. Obecność mutacji stwierdzono u 2 pacjentów (co stanowiło ok. 3% badanej populacji) i tych chorych wykluczono z badania.

Wnioski

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że na podstawie stężenia białka SPINK 1 można zakwalifikować pacjentów do odpowiedniej metody leczniczej. Ponadto spadek stężenia SPINK 1 koresponduje z kliniczną skutecznością podjętej interwencji chirurgicznej.

W świetle badań eksperymentalnych obniżenie stężenia białka SPINK 1 może odgrywać protekcyjną rolę przed pojawieniem się raka trzustki w przebiegu PZT.

STAWIANIE REALISTYCZNYCH OCZEKIWAŃ DOTYCZĄCYCH UTRATY MASY CIAŁA PO OPERACJI METODĄ LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA

Michał Janik (Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Tomasz Rogula (Case Western Reserve University – Cleveland)

Rami Mustafa (Case Western Reserve University – Cleveland)

Adel Alhaj Saleh (Case Western Reserve University – Cleveland)

Mujjahid Abbas (Case Western Reserve University – Cleveland)

Leena Khaitan (Case Western Reserve University – Cleveland)

Krzysztof Paśnik (Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Aktualnie jedyną skuteczną i dającą trwałe efekty metodę leczenia otyłości stanowi chirurgia bariatryczna. Mimo spektakularnych efektów nie wszyscy pacjenci są jednak zadowoleni z osiągniętej wagi. Powodem stają się nierealistyczne oczekiwania przed rozpoczęciem leczenia. Taka sytuacja doprowadza do braku współpracy między chorym a prowadzącym go zespołem. Niejednokrotnie skutkuje to powrotem do wyjściowej masy ciała. Celem badania jest stworzenie modelu prognostycznego, który umożliwi oszacowanie utraty masy ciała w rok po operacji metodą laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka (ang. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, LSG).

Metodyka

Badanie jest retrospektywną analizą 211 pacjentów operowanych z powodu otyłości metodą LSG (grupa ucząca się). Analizie poddano 9 zmiennych opisujących badaną populację. W celu wyselekcjonowania zmiennych mających wpływ na wskaźnik Body Mass Index (BMI) w rok po operacji wykorzystano algorytm regresji liniowej – Least Angle Regression (LARS). Uzyskane wyniki pozwoliły na stworzenie modelu predykcyjnego, który następnie został potwierdzony na zewnętrznym zbiorze 184 pacjentów poddanych tej samej operacji. Aby przetestować dokładność modelu, porównano oszacowany wskaźnik BMI z zaobserwowanym wskaźnikiem BMI zarówno w grupie uczącej się, jak i grupie walidacyjnej. Równanie regresji liniowej wykorzystano do stworzenia kalkulatora pozwalającego przewidzieć utratę masy ciała po operacji.

Wyniki

Uzyskany model zawierał trzy zmienne: przedoperacyjny wskaźnik BMI ($\beta = 0,023$, $p < 0,001$), wiek ($\beta = 0,005$, $p < 0,001$) oraz płeć (żeńską, $\beta = 0,116$, $p = 0,001$). Model charakteryzował się dobrą dyskryminacją ($R^2 = 0,672$; adjusted $R^2 = 0,664$) oraz dobrą dokładnością (Root Mean Squared Error of Estimate, RMSE = 0,124). Różnica pomiędzy obserwowanym BMI a BMI oszacowanym nie różniła się istotnie statystycznie w grupie uczącej się [mediana = 0,737 (-2,676, 3,254); $p = 0,223$] oraz grupie walidacyjnej [mediana -0,223 (-3,506, 2,667); $p = 0,160$]. Walidacja zewnętrzna modelu potwierdziła jego dobre parametry.

Wnioski

Stworzenie klinicznie użytecznego modelu matematycznego pozwalającego na predykcję wskaźnika BMI po operacji sposobem rękawowej resekcji żołądka doprowadziło do skonstruowania kalkulatora, który umożliwia oszacowanie utraty masy ciała po chirurgicznym leczeniu otyłości. Dzięki temu pacjenci bariatryczni w okresie przygotowawczym mogą zostać poinformowani o utracie masy ciała, którą mogą osiągnąć rok po operacji metodą LSG.

CZY WYŁANIAĆ ODBARCZAJĄCĄ STOMIĘ U PACJENTÓW PODDAWANYCH RESEKCJI ODBYTNICY? - PRZEGŁĄD SYSTEMATYCZNY I META-ANALIZA

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Natalia Gajewska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Wysocki (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Pomimo coraz dokładniejszej identyfikacji czynników ryzyka nieszczelności zespolenia po przedniej resekcji odbytnicy powikłanie to spotyka się nawet u co 10. chorego. Ostatnie badania na temat zasadności stomii odbarczającej podają jednak sprzeczne wyniki.

Cel pracy

Przegląd systematyczny piśmiennictwa i metaanaliza wyników badań porównujących grupy chorych operowanych z powodu raka odbytnicy z wytonieniem lub bez ileo-/kolostomii odbarczającej.

Metodyka

Przeszukano bazy MEDLINE, Embase, Scopus oraz Cochrane Library do marca 2017 r. Przegląd przeprowadzono zgodnie z wytycznymi PRISMA. Grupę 1. stanowili pacjenci operowani z powodu raka odbytnicy, u których wytoniono stomię (ileo- lub kolostomię) odbarczającą, grupę 2. stanowili pacjenci, u których nie wytoniono stomii. Do analizy włączono opublikowane w języku angielskim badania z grupą kontrolną, raportujące przynajmniej odsetek nieszczelności zespolenia. Dokonano metaanalizy wyników, biorąc pod uwagę: odsetek nieszczelności zespolenia, częstość reoperacji, ogólny odsetek powikłań, śmiertelność, ponowne przyjęcia do szpitala oraz czas hospitalizacji. Dodatkowo dokonano analizy podgrup.

Wyniki

Podane kryteria wyszukiwania spełniało 1 919 artykułów, z czego 138 włączono do analizy pełnych tekstów. Ekstrakcja danych możliwa była z 31 artykułów (6 badań z randomizacją i 25 badań kliniczno-kontrolnych). Metaanaliza wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami 1. a 2., dotyczące częstości nieszczelności zespolenia (7,6% vs 11,4%, RR = 0,65, 95% CI: 0,52–0,8, p dla efektu < 0,0001, I² = 52%), reoperacji (4,1% vs 9,8%, RR = 0,44, 95% CI: 0,35–0,55, p dla efektu < 0,00001, I² = 27%) i śmiertelności (0,7% vs 1,3%, RR = 0,64, 95% CI: 0,42–0,98, p dla efektu = 0,04, I² = 0%). W grupie 1. w porównaniu z grupą 2. odnotowano większy odsetek powikłań (36,6% vs 32,9%, RR = 1,18, 95% CI: 1,08–1,28, p dla efektu = 0,0001, I² = 12%). Nie wykazano różnic pomiędzy grupami dotyczących czasu hospitalizacji i częstości ponownych przyjęć do szpitala.

Wnioski

Powyższa metaanaliza pokazuje, że wytonienie odbarczającej stomii zmniejsza odsetek nieszczelności zespolenia, reoperacji i śmiertelności, ale jednocześnie zwiększa całkowity odsetek powikłań. Wytonienie stomii odbarczającej nie wiąże się z wydłużeniem czasu hospitalizacji i zwiększeniem odsetka ponownych przyjęć do szpitala.

ANALIZA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA TRANSFORMACJI NOWOTWOROWEJ W GRUPIE PACJENTÓW OPEROWANYCH Z POWODU NOWOTWORÓW TORBIELOWATYCH W MATERIALE WŁASNYM KLINIKI

Michał Szymański (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Andrzej Hellmann (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Dariusz Łaski (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Iwona Marek (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Justyna Kostro (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Stanisław Hać (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Gdańsk)

Wstęp

Torbielowate guzy trzustki stanowią istotne pole zainteresowania współczesnej medycyny. Diagnostyka tych często niewielkich zmian jest wyzwaniem dla wielospecjalistycznego zespołu kwalifikującego pacjenta do leczenia. Prawidłowe rozpoznanie zmian o charakterze wewnątrzprzewodowych brodawkowatych nowotworów śluzowych trzustki z przewodu głównego (*main-duct* IPMN) lub śluzowego nowotworu torbielowatego (MCN) stanowi klucz w doborze odpowiedniej strategii leczenia, gdyż ryzyko transformacji nowotworowej w przypadku *main-duct* IPMN wynosi od 50 do 92%. Określenie ryzyka dla grupy MCN jest ściśle związane z wielkością guza oraz obecnością guzków przyściennych i sięga ok. 12%.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest analiza grupy pacjentów z przedoperacyjnym rozpoznaniem guza torbielowatego trzustki pod kątem częstości występowania nowotworów złośliwych w tej grupie.

Metodyka

Z grupy pacjentów z rozpoznaniem guza trzustki, będących pod nadzorem zespołu wielospecjalistycznego (chirurg, gastrolog, radiolog) w 2016 r., przeanalizowano stan chorych kwalifikowanych do leczenia operacyjnego, posiadających przynajmniej 1 badanie obrazowe pola trzustkowego (MRCP, TK wielofazowe trzustki). Porównano rozpoznania przedoperacyjne z rozpoznaniem pooperacyjnymi.

Wyniki

W 2016 r. do oceny włączono 168 pacjentów z guzami trzustki o różnym charakterze. 55 zakwalifikowano do resekcji, a 14 z nich do resekcji z powodu nowotworu torbielowatego. Decyzję podjęto na podstawie badań obrazowych i laboratoryjnych. Uzyskano następujące wyniki przedoperacyjne: IPMN – $n = 6$, MCN – $n = 6$, IPMN z możliwą transformacją nowotworową – $n = 1$, IPMN lub zmiana w przebiegu PZT – $n = 1$. W mikroskopowym badaniu pooperacyjnym stwierdzono: IPMN – $n = 3$, MCN – $n = 5$, rak trzustki – $n = 3$, PZT – $n = 1$, IPMN z komponentą raka inwazyjnego – $n = 1$, torbiel rzekoma – $n = 1$.

Wnioski

Stwierdzono, że transformacje nowotworowe miały miejsce tylko w grupie pacjentów z przedoperacyjnym rozpoznaniem IPMN.

Oceniając zastosowane metody diagnostyczne (techniki radiologii – MRCP, CT; diagnostyki inwazyjnej – EUS, badań laboratoryjnych), nie można było różnicować zmian torbielowatych od raka inwazyjnego. Na podstawie powyższych wyników można stwierdzić, że w przypadku nowotworów torbielowatych podejrzanych jako IPMN lub MCN zasadne jest wczesne postępowanie operacyjne, zastępujące podejście polegające na powtarzanych badaniach obrazowych.

LAPAROSKOPOWE LECZENIE ACHALAZJI W LATACH 2008-2016 W MATERIALE ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ SZPITALA „COPERNICUS” W GDAŃSKU

Tomasz Wysocki (Oddział Chirurgii Ogólnej, COPERNICUS Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Paweł Rogoza (Oddział Chirurgii Ogólnej, COPERNICUS Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Tomasz Wojciechowicz (Oddział Chirurgii Ogólnej, COPERNICUS Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Wiesław Nowobilski (Oddział Chirurgii Ogólnej, COPERNICUS Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Marek Dobosz (Oddział Chirurgii Ogólnej, COPERNICUS Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Wstęp

Kurcz wpustu (*achlasia cardiae*) jest chorobą czynnościową, powodującą w skrajnych przypadkach zaburzenie lub niemożność połykania pokarmów. Prowadzi to do spadku masy ciała i wyniszczenia. Wyniki leczenia z zastosowaniem metod zachowawczych są niezadowalające. Podstawowym sposobem leczenia pozostaje postępowanie chirurgiczne.

Cel pracy

Retrospektywna ocena wczesnych i odległych wyników laparoskopowego leczenia achalazji wpustu.

Metodyka

W latach 2008–2016 leczono laparoskopowo w naszym oddziale 46 chorych z rozpoznaną achalazją wpustu. W tej grupie było 22 kobiet i 24 mężczyzn, w wieku od 17 do 79 lat (średnia wieku – 50 lat). U wszystkich chorych wykonano laparoskopową kardiomiętotomię sposobem Hellera, a następnie fundoplikację sposobem Dora.

Wyniki

U 2 chorych wykonano konwersję do zabiegów otwartych. U 5 chorych śródoperacyjnie rozpoznano mikroperforacje przełyku, które zaopatrzono szwami bez konwersji do laparotomii, nie obserwując powikłań pooperacyjnych. Jedną chorą reoperowano po 3 godzinach z powodu krwotoku do jamy otrzewnowej. Średni czas pobytu w szpitalu po zabiegu wynosił 3,85 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. Uzyskano kontakt z 63% chorych. U wszystkich z nich po zabiegu nastąpił przyrost masy ciała. Większość (22 chorych) oceniała subiektywną poprawę połykania jako stałą, 6 chorych uważało, że w okresie od 3 do 7 miesięcy od zabiegu komfort połykania zaczął się pogarszać, ale nadal był lepszy niż przed zabiegiem, 4 chorych, ze względu na stwierdzone radiologicznie i endoskopowo zwężenie wpustu, wymagało endoskopowego poszerzenia miejsca zwężenia z użyciem balonu, z dobrym wynikiem, 1 chora była ponownie reperowana metodą klasyczną, poza naszym ośrodkiem.

Wnioski

Na podstawie naszych obserwacji należy stwierdzić, że laparoskopowa kardiomiętotomia z fundoplikacją Dora jest skutecznym i bezpiecznym sposobem leczenia achalazji, dającym dobre wyniki wczesne oraz odległe.

PRZEZODBYTOWA PRZEDNIA RESEKCJA ODBYTNICY (TRANSANAL TME) – JAK UNIKNĄĆ ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W TRAKCIE OPERACJI

Jacek Piątkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu im. M. Kopernika – Toruń)

Marek Jackowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu im. M. Kopernika – Toruń)

Wstęp

Ponad 15 lat temu technika laparoskopowa uznana została za pełnoprawną metodę operacyjną w przypadku raka odbytnicy. Od ok. 5 lat coraz powszechniej stosuje się laparoskopową resekcję odbytnicy z dostępu przezodbytowego. Jest to jednak metoda związana z ryzykiem powikłań niespotykanych w trakcie laparoskopowej TME i wymagająca dużego doświadczenia w chirurgii laparoskopowej.

Cel pracy

Celem pracy była analiza techniki operacyjnej pod kątem uniknięcia powikłań śródoperacyjnych po 2 latach stosowania metody TaTME.

Metodyka

Analizowano przebieg operacji i prawidłowość techniki operacyjnej.

Wyniki

Od 10 marca 2015 r. do 31 marca 2017 r. w Klinice zoperowano 31 pacjentów (17 mężczyzn, 14 kobiet). W 27 przypadkach wskazaniem do operacji był rak dolnej i środkowej części odbytnicy, a w 4 przypadkach – polipy z dysplazją dużego stopnia. U wszystkich chorych wykonano laparoskopową przezodbytową przednią resekcję odbytnicy (TaTME). Oceniano prawidłowość zamknięcia odbytnicy szwem kapciuchowym, preparowanie odbytnicy w celu uzyskania prawidłowego mezorektum i radykalności resekcji oraz uniknięcia uszkodzeń innych narządów. Ocenie podlegała także śródoperacyjna szczelność zespolenia.

Wnioski

- 1) Zastosowanie dostępu przezodbytowego do operacji raków odbytnicy jest alternatywną metodą w stosunku do konwencjonalnej operacji laparoskopowej.
- 2) U dużej części chorych z guzami dolnej i środkowej odbytnicy pozwala uniknąć brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy.
- 3) Technika operacyjna wymaga dobrej znajomości warunków anatomicznych i doświadczenia operatora w technikach laparoskopowych w celu uniknięcia powikłań śród- i pooperacyjnych.

SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY AND RECURRENT HIATAL HERNIA. OUR EXPERIENCE

Yaroslav Havrysh (Lviv National Medical University – Lviv)

Oleksij Lukaweckij (Lviv National Medical University – Lviv)

Roman Havrysh (Lviv National Medical University – Lviv)

Introduction

The most commonly applied methods in treatment of recurrent hiatal hernia are laparoscopic and open surgical procedures.

Aim

The aim of the study was to observe and compare long-term results of hiatal hernia treatment by means of laparoscopic and open surgical procedure and examine how the use of different surgical meshes influence the results.

Methods

From 2006 to 2017, 456 surgeries on patients with hiatal hernia were performed. 440 patients had sliding hiatal hernia and 26 had paraesophageal hernia. Laparoscopic surgery was performed in 414 cases, including 380 – Nissen-Rossetti fundoplication, 31 – Toupet fundoplication, and 3 – gastropexy. Mesh was applied during laparoscopic surgery in 8 patients because of diaphragm crus weakness. 52 patients underwent Nissen-Rossetti fundoplication by open surgery. In 20 patients, a recurrence of hiatal hernia was found – 14 of them agreed to the operational treatment. Laparoscopic surgery with recurrent hernia using mesh was performed in 7 patients: 2 patients – double mesh, 5 patients – polypropylene mesh. On 7 patients with recurrent hernia, open way surgery without the use of mesh was performed.

Results

1 patient had hemopneumothorax within 24 hours after open surgery. Pleural puncture and drainage were performed and massive drug therapy was introduced, but without positive effect. The patient died after 72 hours. 1 lethal case occurred also in the group of patients that underwent laparoscopic surgery. In 48 hours after the surgery, 1 patient showed symptoms of peritonitis. Laparotomy was performed and stomach body necrosis was found. Gastric resection within healthy tissue and esophago-gastro anastomosis were performed. On the 3rd day, anastomotic failure occurred with pleural cavity empyema development. The patient died on the 7th day after the surgery. During surgery, we had 1 conversion because of spleen traumatic bleeding.

Conclusions

According to the data, laparoscopic surgery is more efficient in treatment of recurrent hiatal hernia because it provides enhanced visualization for reconstruction and is safer. Recurrent hiatal hernia is a rare and severe pathology, but use of laparoscopic surgery gives promising results.

PRZEZODBYTOWA PRZEDNIA RESEKCJA ODBYTNIICY (TRANSANAL TME) – 2 LATA DOŚWIADCZEŃ

Jacek Piątkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu im. M. Kopernika – Toruń)

Marek Jackowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu im. M. Kopernika – Toruń)

Wstęp

Ponad 15 lat temu technika laparoskopowa została uznana za pełnoprawną metodę operacyjną w przypadku raka odbytnicy. W kolejnych latach nadal poszukiwano nowej metody operacyjnej, zmniejszającej inwazyjność i poprawiającej wyniki leczenia. Wydaje się, że taką metodą jest laparoskopowa resekcja odbytnicy z dostępu przezodbytowego.

Cel pracy

Celem pracy była ocena metody operacji raka odbytnicy po 2 latach jej stosowania.

Metodyka

Oceniano wyniki leczenia pod kątem radykalności leczenia (resekcja R0, wznowy miejscowe), wyników leczenia operacyjnego i jakości życia pacjentów po operacji.

Wyniki

Od 10 marca 2015 r. do 31 marca 2017 r. w Klinice zoperowano 31 pacjentów (17 mężczyzn, 14 kobiet). W 27 przypadkach wskazaniem do operacji był rak dolnej i środkowej części odbytnicy, a w 4 przypadkach – polipy z dysplazją dużego stopnia. U wszystkich chorych wykonano laparoskopową przezodbytową przednią resekcję odbytnicy (TaTME). We wszystkich przypadkach uzyskano pełną radykalność onkologiczną (resekcja R0). Średni czas operacji wynosił 146 minut. W przebiegu pooperacyjnym u 6 chorych zaobserwowano objawy nieszczelności zespolenia (3 z nich wymagało ponownego leczenia operacyjnego).

Okres obserwacji pooperacyjnej wynosi 1–26 miesięcy. U żadnego z chorych dotychczas nie odnotowano wznowy choroby nowotworowej.

Wnioski

- 1) Zastosowanie dostępu przezodbytowego w operacjach raków odbytnicy jest alternatywną metodą w stosunku do konwencjonalnej operacji laparoskopowej.
- 2) U dużej części chorych z guzami dolnej i środkowej odbytnicy pozwala na uniknięcie brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy.
- 3) Ze względu na niewielkie grupy chorych i krótki okres obserwacji konieczne są dalsze badania.

CHOICE OF SURGICAL STRATEGY IN TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN PATIENTS WITH PANCREATIC HEAD CANCER

Taras Ivankiv (Lviv National Medical University – Lviv)

Vasily Kolomytsev (Lviv National Medical University – Lviv)

Oleksii Ogurtsov (Lviv National Medical University – Lviv)

Mykhailo Popyk (Lviv National Medical University – Lviv)

Oleksii Lukavetsky (Lviv National Medical University – Lviv)

Introduction

In spite of the advance made in diagnostic procedures and treatment of patients with pancreatic head cancer, the search for the optimal treatment strategy for patients with obstructive jaundice remains a relevant issue. About 20% of pancreatic head cancers are found to be resectable at the time of presentation. Various palliative therapeutic strategies have been described. Nowadays, the most common methods of treatment are endoscopic biliary stenting and surgical biliary bypass surgery.

Aim

The aim of the study was to determine the most appropriate therapy for treatment of obstructive jaundice in the palliative setting (surgical or non-surgical) and to study the outcomes with regard to treatment, complications and survival time.

Methods

Over a period of 10 years (2006–2016), the clinical records of palliatively and radically treated patients with pancreatic head cancer were retrospectively analyzed. The criterion of the effectiveness of surgical treatment was average overall survival after surgery.

Results

A total of 228 patients (44.7% women, 55.3 % men) with unresectable, histologically proven adenocarcinoma of the pancreatic head were admitted for palliative therapy. The average age of the patients was 64.6 years. The patients with jaundice were divided into 4 groups based on the treatment they received: Group 1 (113 patients) – palliative hepaticojejunostomy and choledochoduodenostomy without preoperative stenting; Group 2 (72 patients) – preoperative stenting with subsequent palliative surgical biliary bypass; Group 3 (43 patients) – endoscopic stent placement without surgical biliary bypass; Group 4 (40 patients) – Whipple operation. Overall survival significantly differed among the groups: Group 1 (283±47 days), Group 2 (243±45 days), Group 3 (152±29 days), and Group 4 (79±25 days). Overall survival was 389±57 days.

Conclusions

Endoscopic stenting ensures effective drainage of biliary tree in patients with obstructive jaundice. Preoperative biliary duct stenting reduces the risk of surgery. Endoscopic stent placement is a method of choice for patients with pancreatic head cancer with metastasis and in severe concomitant diseases. Surgical biliary bypass surgery seems to have the best long-term results, especially compared to endoscopic stenting. It should, therefore, be a preferable anastomosis in patients with life expectancy over 6–8 months. In patients with mild jaundice, surgery may be performed without the stenting.

LECZENIE OGRANICZONEJ MARTWICY OKOŁOTRZUSTKOWEJ W MATERIALE WŁASNYM

Paweł Rogoza (Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Cezary Płatkowski (Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Tomasz Wojciechowicz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Marcin Folwarski (Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Marek Dobosz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Wstęp

Ograniczona martwica okołotrzustkowa jest częstym następstwem ostrego zapalenia trzustki (OZT) o ciężkim przebiegu. Jej drenaż można uzyskać na drodze laparotomii lub endoskopowo.

Cel pracy

Analiza wyników zmiany strategii leczenia pacjentów z ograniczoną martwicą okołotrzustkową w ciągu ostatnich 5 lat.

Metodyka

W pracy zbadano retrospektywnie dane pacjentów, leczonych w latach 2012–2017 (I kwartał), z powodu ograniczonej martwicy okołotrzustkowej w OZT o ciężkim przebiegu. Z bazy danych pacjentów wyszukano wszystkie osoby leczone w tym okresie z powodu OZT, następnie wyselekcjonowano pacjentów z OZT o ciężkim przebiegu i przeanalizowano historie ich leczenia.

Wyniki

W okresie 2012–2017 (pierwszy kwartał) hospitalizowano 389 pacjentów z rozpoznaniem ostrego zapalenia trzustki, w tym 47 (12%) z rozpoznaną ciężką postacią OZT. W tej grupie 42 osoby (89%) wymagały interwencji operacyjnej z powodu ograniczonej martwicy okołotrzustkowej. W latach 2012–2014 wykonywano głównie drenaż chirurgiczny drogą laparotomii. W kolejnych latach coraz częściej stosowano drenaż endoskopowy przezścienny, odpowiednio u: 20% leczonych w 2015 r.; u 66% w 2016 r. i u 100% w 2017 r. Zarówno grupa pacjentów operowanych ($n = 29$), jak i poddanych drenażowi endoskopowemu ($n = 14$) były porównywalne pod względem wieku, rozkładu płci i etiologii OZT. Średni czas hospitalizacji wyniósł 42 dni w grupie operowanej i 21 dni w grupie endoskopowej, w tym czas pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii odpowiednio: 5,9 i 1,3 dni. Czas interwencji był krótszy w grupie endoskopowej (41 minut vs 104 minuty), lecz znacznie częściej konieczne było powtarzanie procedury (78%) w stosunku do grupy operowanej (38%). Przeciętna liczba interwencji wyniosła odpowiednio: 1,45 w grupie operowanej i 2,86 w grupie endoskopowej. Odnotowano mniejsze zapotrzebowanie na preparaty krwi w grupie endoskopowej (1,1 vs 2,6 jednostki). Śmiertelność w grupie pacjentów operowanych wyniosła 20,69%, grupie endoskopowej zgonów nie odnotowano.

Wnioski

Drenaż przezścienny jest uznaną metodą leczenia ograniczonej martwicy okołotrzustkowej. W niniejszym materiale widoczna jest tendencja do wyboru tego sposobu postępowania, co – pomimo konieczności częstszych reinterwencji – niesie korzyść w postaci skrócenia czasu hospitalizacji oraz mniejszej śmiertelności w tej grupie pacjentów.

WSKAZANIA DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO W WARUNKACH DOMOWYCH (HPN) NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH – WYNIKI DOMOWEGO OŚRODKA ŻYWIENIA POZA- I DOJELITOWEGO PROWADZONEGO PRZY ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ

Waldemar Szafrński (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Marcin Folwarski (Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk; Poradnia Żywienia Do- i Pozajelitowego przy COPERNICUS sp. z o.o. – Gdańsk; Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Marek Dobosz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Wstęp

Procedurę HPN stosuje się u chorych z przewlekłą niewydolnością przewodu pokarmowego, która może być wynikiem rozległych zabiegów resekcyjnych jelita, powikłań chirurgicznych, nowotworów, zmian pourazowych lub popromiennych w obrębie p.p. lub powikłań nieswoistych chorób zapalnych jelit.

Cel pracy

Analiza wskazań do procedury żywienia pozajelitowego w warunkach domowych.

Metodyka

Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej 96 chorych kwalifikowanych do procedury HPN w poradni żywienia do- i pozajelitowego szpitala COPERNICUS w Gdańsku w latach 2010–2017.

Wyniki

Procedurę HPN objęto 96 chorych w wieku od 22 do 89 lat (M: 28, K: 68). Żywienie pozajelitowe z przyczyn onkologicznych włączono u 54 chorych, głównie w przebiegu rozsianego raka jajnika (21) i raka żołądka (18) ze współistniejącym rozsiewem otrzewnowym i cechami przewlekłej niedrożności mechanicznej. Pozostała grupa to chorzy z rozsianym rakiem jelita grubego (4), rakiem macicy (4), rakiem jelita cienkiego (3), pierwotnym rakiem otrzewnej (1) lub inną uogólnioną chorobą nowotworową, np. w przebiegu raka pęcherza moczowego, szpiczaka mnogiego (4). Procedurę HPN z przyczyn nieonkologicznych zastosowano u 42 chorych z objawami niewydolności jelitowej, najczęściej po rozległych resekcjach jelita w wyniku martwicy naczyniowej (16), w wyniku powikłań chirurgicznych – nieszczelności i przetok jelitowych (10), ze zmianami popromiennymi p.p. (8), w wyniku powikłań IBD (4) lub w wyniku innych chorób prowadzących do zespołu złego wchłaniania, np. otorbiające zwłóknienie otrzewnej lub rozległe uszkodzenie jelita po porażeniu prądem (5). W obu grupach najczęstszymi przyczynami niewydolności jelitowej były: zespół krótkiego jelita (36 chorych), rozsiew otrzewnowy z zajęciem p.p. (21), wielopoziomowa niedrożność nowotworowa (21), popromienny zespół złego wchłaniania (8) oraz przetoki jelitowe (10). U 14 chorych uzyskano autonomię pokarmową i zakończono procedurę HPN, żywienie domowe jest nadal prowadzone u 28 chorych.

Wnioski

Żywienie pozajelitowe umożliwia utrzymanie prawidłowego stanu metabolicznego i odżywienia chorego do czasu przywrócenia autonomii p.p. lub jest niezbędne do końca życia w przypadku nieodwracalnej niewydolności p.p. Większość chorych objętych procedurą HPN to chorzy z zespołem krótkiego jelita, rośnie liczba chorych włączonych ze wskazań onkologicznych.

NEUROMONITORING SPLOTÓW MIEDNICZNYCH W CHIRURGII ODBYTNICY Z PERSPEKTYWY OPERUJĄCEGO CHIRURGA

Piotr Wałęga (III Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Romaniszyn (III Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jarosław Świrta (Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza – Kraków)

Marcin Piejko (III Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Geriatrycznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Zaburzenia czynnościowe związane z chirurgią odbytnicy poważnie pogarszają jakość życia pacjentów. Uszkodzenie włókien splotu podbrzusznego w trakcie zabiegu chirurgicznego jest jedną z głównych przyczyn zespołu resekcji przedniej. Urządzenie do neuromonitoringu śródoperacyjnego jest w stanie wykryć autonomiczne włókna nerwowe w miednicy poprzez stymulację śródoperacyjną z monitorowaniem efektorów (wewnętrzny zwieracz odbytu i mięsień wypieracz pęcherza moczowego).

Metodyka

Dziiesięciu kolejnych chorych poddano zabiegom z dissekcją tkanek miednicy: 4 przednie resekcje odbytnicy, jedna proktokolektomia, 4 rektopeksje. Podczas tych zabiegów wykonano pomyślnie stymulację splotów miednicy mniejszej. Operacje wykonywał doświadczony chirurg kolorektalny. Neurostymulacja wykonywana była podczas dissekcji w płaszczyznach anatomicznych pomiędzy powięzią Waldeyera a powięzią ograniczającą mesorektum, jak również po obu stronach ściany miednicy i przed odbytem. Procedura została sfilmowana aparatem cyfrowym w celu udokumentowania potencjalnych kolizji z włóknami nerwowymi splotów autonomicznych przy preparowaniu.

Wyniki

Analiza materiału wykazała, że u 6 z 9 pacjentów chirurg musiał nieco zmienić linię cięcia, średnio 2 razy (1–4), aby uniknąć zniszczenia włókien nerwowych, pomimo preparowania w płaszczyznach anatomicznych. Obejmuje to jeden przypadek, w którym wykryte włókna nerwowe musiały zostać przecięte ze względu na konieczność zachowania czystego marginesu onkologicznego. U wszystkich chorych z rakiem odbytnicy marginesy preparatów były wolne od nacieku raka w badaniu mikroskopowym.

Wnioski

Nawet wykwalifikowany chirurg kolorektalny, który działa w prawidłowych warstwach i płaszczyznach, nie jest w stanie zidentyfikować wszystkich drobnych struktur nerwowych, zwłaszcza tych, które przekraczają „świętą płaszczyznę”. Wykorzystanie neuromonitoringu w chirurgii miednicy może zmniejszyć ryzyko zespołu przedniej resekcji. Niemniej jednak jest to dość nowa procedura, potrzebne są dalsze badania na większej grupie pacjentów, z długoterminową obserwacją czynnościową.

**MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF
COMPLICATIONS OF PORTAL HYPERTENSION.
(MAŁOINWAZYJNE OPERACJE W LECZENIU I PROFILAKTYCE POWIKŁAŃ
NADCIŚNIENIA WROTNEGO.)**

Piotr Garelic (Grodno Medical University – Grodno)

Eduard Mahiliavets (Grodno Medical University – Grodno)

Jerzy Łukaszewicz (Medical University of Białystok – Białystok)

Introduction

Bleeding from esophageal varices is one of the main causes of death in patients with cirrhosis of the liver, as an independent factor or contributing to the progression of hepatocellular insufficiency.

Aim

The aim of the study was to preliminarily evaluate the results of introduction of endoscopic, laparoscopic and endovascular techniques in treatment and prevention of complications of portal hypertension.

Methods

The results of treatment of 825 patients (543 men and 282 women) with bleeding esophageal varices due to portal hypertension and liver cirrhosis from 2003 to 2017 were analyzed. The average age of the patients was 52.5 ± 12.99 years. During this period, 224 elective and emergency endoscopic sclerotherapies, 20 open and 16 laparoscopic gastroesophageal devascularizations, and 10 transjugular intrahepatic porto-systemic shunts (TIPSS) were performed.

Results

Staple laparoscopic transection of abdominal esophagus during open gastroesophageal devascularization was performed in 6 cases. The procedure has been performed in the facility since 2015. It was noted that patients after the laparoscopic procedure spent less time in the intensive care unit, showed early activation and were earlier discharged from the hospital. In 1 case, a shunt thrombosis and bleeding from esophageal varices were observed on the 1st day after TIPSS. Laparoscopic gastroesophageal devascularization was performed in this case as an emergency procedure, with positive outcome. The gradual reduction of the volume of ascites was noticed and no episodes of bleeding from esophageal varices were observed in the postoperative period. Liver transplantation was performed on 3 patients in the transplant center in Minsk after TIPSS in the facility.

Conclusions

Laparoscopic esophagogastric devascularisation seems to be effective for treatment and secondary prophylaxis of bleeding from esophageal varices in patients with portal hypertension and liver cirrhosis after failure of endoscopic methods, and unfavorable to the porto-caval shunt anatomy. TIPSS in patients with intrahepatic portal hypertension form, associated with esophageal varices, and resistant to conservative therapy ascites is a highly effective method of treatment.

WCZESNE WYNIKI LECZENIA RADIOTERMOABLACYJNEGO CHORYCH Z PRZĘŁYKIEM BARRETTA W LATACH 2012-2015

Wojciech P. Dąbrowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Konrad Pielaciński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Andrzej B. Szczepanik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Andrzej Misiak (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Michał Kuryłowicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Diana Iwaniuk (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Warszawa)

Wstęp

Przełyk Barretta (BE) rozwija się w wyniku przewlekłego uszkodzenia nabłonka przełyku i zastąpienia go metaplastycznym nabłonkiem typu jelitowego. Przyczyny tego procesu nie są jasne. Wyraźny jest jednak związek tego schorzenia z ryzykiem rozwoju gruczolakoraka przełyku. Roczne ryzyko wystąpienia tego nowotworu waha się od 0,12 do 0,5%. Jedną z metod endoskopowego leczenia tego schorzenia jest radiotermoablacja (RTA) przy użyciu urządzenia Halo firmy BARRX Medical® (Covidien-USA).

Cel pracy

Przedstawienie wczesnych wyników leczenia 50-osobowej grupy chorych z rozpoznaniem przełykiem Barretta.

Metodyka

W okresie od lipca 2010 r. do grudnia 2015 r. metodą RTA leczono 50 chorych (36 mężczyzn i 14 kobiet) w wieku od 25 do 75 lat (średnia 55,5 lat). Kryterium kwalifikacyjnym do terapii Halo był przełyk Barretta, rozpoznany endoskopowo z potwierdzoną histopatologicznie metaplastacją jelitową bez dysplazji lub z obecnością dysplazji małego (*low grade dysplasia*, LGD) lub dużego stopnia (*high grade dysplasia*, HGD).

Wyniki

Pośród leczonych 50 chorych, u 10 zakończono cykl terapeutyczny, wykonując łącznie 25 zabiegów RTA metodą HALO360 i 240 zabiegów metodą HALO90. U jednego pacjenta przerwano terapię ze względu na konieczność leczenia rozpoznanego raka gruczołowego okrężnicy. U pozostałych chorych uzyskano eliminację nieprawidłowego nabłonka metaplastycznego przełyku, zarówno w ocenie endoskopowej, jak i histopatologicznej. Do uzyskania reepitelializacji potrzebnych było od 2 do 7 zabiegów (średnio 3,8 zabiegu). Czas trwania leczenia wahał się od 3 do 13 miesięcy (średnio 6,4 miesiąca). Nie zanotowano żadnych powikłań radiotermoablacji. U jednego pacjenta po upływie 12 miesięcy od zakończenia efektywnej terapii rozpoznano ognisko raka gruczołowego w połączeniu żołądkowo-przełykowym i wykonano zabieg endoskopowej mukozektomii. Jednak ze względu na cechy wczesnego, inwazyjnego gruczolakoraka wykonano zabieg resekcyjny. Pozostali pacjenci pozostają pod nadzorem endoskopowym i stosują przewlekłe leczenie IPP.

Wnioski

Na podstawie wczesnych wyników metodę oceniamy jako skuteczną, bezpieczną i wolną od powikłań, dobrze tolerowaną przez chorych. Pozwoliła ona na eliminację metaplastycznego nabłonka u wszystkich leczonych chorych. Ze względu na ryzyko rozwoju gruczolakoraka przełyku pacjenci bezwzględnie muszą mieć kontynuowany nadzór endoskopowy.

MOŻLIWOŚCI REINERWACJI KRTANI PO URAZACH JATROGENNYCH

Kazimierz Niemczyk (Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Ewelina Sielska-Badurek (Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Antoni Bruzgielewicz (Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Ewa Osuch-Wójcikiewicz (Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Urazy jatrogenne nerwu krtaniowego wstecznego są przyczyną do 80% porażeń krtani. Porażenia krtani o podłożu jatrogennym najczęściej pojawiają się po strumektomiach, ale mogą także wystąpić po innych operacjach w obrębie szyi, głowy i klatki piersiowej. Głos pacjenta z porażeniem krtani jest osłabiony, z domieszką powietrza i znacznie skróconym czasem fonacji. Gorsza jakość głosu wpływa niekorzystnie na jakość życia pacjenta. Tradycyjnie u pacjentów z porażeniem krtani stosowano postępowanie zachowawcze. Od kilku lat z różnych ośrodków świata pojawiają się doniesienia o skuteczności reinerwacji krtani u pacjentów z porażeniami nerwu/herwów krtaniowych wstecznych. W kwietniu 2015 r. w Klinice Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dokonano pierwszej w Polsce reinerwacji krtani.

Cel pracy

Pokazanie efektywności nowej metody chirurgicznej – reinerwacji krtani u pacjentów z jednostronnym porażeniem krtani.

W czasie prezentacji zostanie przedstawiona technika reinerwacji krtani, kryteria kwalifikacji do procedury, jak również wyniki pierwszych reinerwacji przeprowadzanych w Klinice Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

LECZENIE OPERACYJNE PACJENTÓW Z CHOROBAŁ LEŚNIEWSKIEGO- CROHNA - ANALIZA 37 PRZYPADKÓW

Benita Siarkiewicz (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Piotr Richter (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Kacper Wcisło (Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Beata Żychiewicz (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Agata Paszko (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Radosław Pach (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Antoni Szczepanik (I Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Cel pracy

Ocena wskazań, rodzaju zabiegu, aktywności choroby i sposobu farmakoterapii u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna.

Metodyka

Badania przeprowadzono wśród 37 chorych z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna, którzy zostali poddani leczeniu operacyjnemu, w latach 2015–2017, w I Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Na podstawie danych z historii choroby, wizyt ambulatoryjnych w Poradni Chirurgicznej przy I Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej oraz Poradni Gastroenterologicznej przy Klinice Gastroenterologii dokonano retrospektywnej analizy wskazań i rodzaju wykonywanych zabiegów u pacjentów operowanych z powodu powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna. Oceniono rodzaj farmakoterapii w okresie przed i po interwencji chirurgicznej. Zbadano również, ilu pacjentów wymagało ponownej hospitalizacji z powodu zaostrzenia choroby podstawowej po leczeniu chirurgicznym.

Wyniki

Analizie podano 21 kobiet i 16 mężczyzn operowanych z powodu powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna. Średni wiek chorych to 36,2 lat (SD 11,61). Średni czas od rozpoznania choroby podstawowej do pierwszej interwencji chirurgicznej w obrębie jamy brzusznej z powodu powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna wyniósł 5,08 lat (SD 5,63). U 30 pacjentów wykonano hemikolektomię prawostronną lub resekcję krętniczo-kątniczą. Głównymi wskazaniami do zabiegu były ropnie wewnątrztrzewnowe, przetoki jelitowe oraz niedrożność przewodu pokarmowego. Jedna pacjentka, z powodu zaawansowania choroby, wymagała proktokolektomii z wytonieniem ileostomii. U 3 pacjentów zabieg ograniczył się do laparotomii i drenażu ropni, 2 pacjentów zostało poddanych lewostronnej hemikolektomii oraz 1 – odcinkowej resekcji jelita cienkiego, z powodu zwężeń jelit powodujących niedrożność. U 7 pacjentów stosowano leczenie biologiczne w okresie przedoperacyjnym.

Wyniki

Spółród 37 pacjentów 7 osób (18,9%) wymagało hospitalizacji w okresie 6 miesięcy po interwencji chirurgicznej z powodu zaostrzenia choroby Leśniowskiego-Crohna.

Wnioski

Wskazaniem do interwencji chirurgicznej w tej grupie pacjentów najczęściej były ropnie i przetoki jelitowe oraz niedrożność przewodu pokarmowego. Najczęściej wykonywanymi procedurami była hemikolektomia prawostronna lub resekcja krętniczo-kątnicza. U 18,9% chorych konieczna była ponowna hospitalizacja z powodu choroby podstawowej w okresie 6 miesięcy.

NEW PREOPERATIVE METHOD TO PROPER SELECTION OF THE PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD) FOR LAPAROSCOPIC ANTIREFLUX SURGERY (LARS)

Gennadij Zhurbenko (Brest Regional Hospital – Brest)

Siarhei Panko (Jan Kochanowski University in Kielce – Kielce)

Alaksandr Karpitski (Brest Regional Hospital – Brest)

Denis Vakulich (Brest Regional Hospital – Brest)

Stanislaw Gluszek (Jan Kochanowski University in Kielce – Kielce)

Alaksandr Ignatjuk (Brest Regional Hospital – Brest)

Andrej Shestiuk (Brest State University – Brest)

Rotislav Boufalik (Brest Regional Hospital – Brest)

Introduction

The identification of sliding hiatal hernia (SHH) less than 3 cm in size with barium swallow fluoroscopy (BSF) and retroflexed imaging endoscopy (EGD) is unreliable, as the magnitude of the size estimate has an inherent 2 cm error.

Aim

The aim of the study was to develop an absolutely reliable method which could be used by surgeons for preoperative visualization in GERD patients with all of sliding hiatal hernias, even those which are as small as 2 cm, with an intra-abdominally reducible gastroesophageal junction (GEJ) in the upright position.

Methods

From 2015 to 2017, 29 patients with GERD (mean age 51 ± 15 years; range 17–72 years) suspected of having SHH on the basis of endoscopy and/or BSF were subjected, before LARS, to the computed tomography scan with Sengstaken-Blakemore tube provocation (CTSBT, patent priority 23rd November 2015) in order to confirm or exclude the presence of hernia and eventually make a decision about the advisability of surgical treatment. Sensitivity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) of each of 3 preoperative diagnostic tests used in this study were calculated.

Results

SHH was determined in 19 patients by endoscopy and in 13 patients by fluoroscopy. The total number of individuals diagnosed by EGD and/or BSF amounted to 21, although only in 11 of those patients both methods were positive simultaneously. During the surgery, the diagnosis of SHH with mediastinal hernia sac and gastric pouch within it was confirmed in 18 patients. The sensitivity was significantly higher in CTSBT modality than in each of 3 other diagnostic tests and even higher than in EGS and BSF together. Moreover, although there were no significant differences in PPV among various tests, NPP of CTSBT was higher than in endoscopy or fluoroscopy. The availability of even minimally measurable separation (8 mm) between the lower esophageal sphincter and the diaphragm on CTSBT was 100% confirmation of the presence of SHH.

Conclusions

CTSBT study is the most efficient and absolutely reliable diagnostic modality to confirm or rule out the diagnosis of SHH and any type of hiatus hernia and other anatomical abnormalities in EGJ region. This method should be used, especially if additional information is needed to help the surgeon in further clinical decision making on the necessity of laparoscopy anti-reflux surgery. No conflict of interest was reported.

CT-FISTULOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF PURULENT COMPLICATIONS OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Oleh Kudelich (Belarusian State Medical University – Minsk)

Gennadij Kondratenko (Belarusian State Medical University – Minsk)

Alexei Protasevich (Belarusian State Medical University – Minsk)

Introduction

Wide introduction of minimally invasive surgical methods of treatment in the enzymatic phase of acute necrotizing pancreatitis (ANP) allows to significantly reduce endogenous intoxication and, in some cases, in combination with complex conservative therapy, to stop the pathological process. However, some patients at the last stage develop purulent complications that require multiple repeated open surgical interventions.

Aim

The aim of the study was to improve the results of diagnosis and treatment of patients with ANP.

Methods

The analysis of the results of minimally invasive surgical intervention treatment of 161 patients with ANP was performed. Depending on the effectiveness of minimally invasive interventions, the patients were divided into 2 groups.

Results

Minimally invasive interventions were the final method of surgical treatment of 120 patients of Group 1. However, 25.5% of the patients (Group 2) at the last stage still developed complications that required open and even repeated surgical interventions. As the analysis showed, after minimally invasive drainage of the abdominal cavity and fluid collection against the background of modern antibacterial therapy, sequestration and purulent complications occurred atypical. With undiagnosed and unsuccessful sequestration, prolonged intoxication exhausts the patient, which increases the duration of hospital stay and adversely affects the results of treatment. The method for more accurate diagnosis of sequestration among patients after drainage interventions was proposed that included computed tomography imaging with bolus intravenous radiocontrast and single-stage CT-fistulography through previously established drainage. Indications for running the test were the appearance of purulent discharge from the drainage tube, on-going or intensified intoxication, as well as need to monitor the condition of the drained cavity. Sensitivity of CT-fistulography was 85.7%, and specificity – 100%. The sensitivity of CT of abdominal organs with bolus enhancement was 57.1%.

Conclusions

Dealing with purulent complications of ANP, the proposed CT-fistulography through drainage established after minimally invasive interventions makes it possible to reliably reveal the presence of sequestrators, their size and topography, which makes it possible to establish medical statement and draw up a rational plan for open surgical intervention.

CHEMIOTERAPIA W RAKU GŁOWY TRZUSTKI – PREZENTACJA PRZYPADKU DOWNSTAGINGU UMOŻLIWIAJĄCEGO ZABIEG RESEKCYJNY

Stanisław Hać (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Szymański (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Maciej Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Dariusz Łaski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Justyna Kostro (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Rak głowy trzustki rozpoznawany jest najczęściej w stadium zaawansowania uniemożliwiającym radykalną resekcję – jedyny sposób leczenia dający szansę na wyleczenie. Zabieg resekcyjny jest możliwy do wykonania u mniej niż 20% pacjentów, 50–80% pacjentów radykalnie zoperowanych rozwija wznowę miejscową. Częstość resekcji radykalnych waha się od 10 do 84%. Wielu chorych otrzymuje paliatywną chemioterapię jako jedyną formę leczenia. Stosunkowo rzadko pod wpływem chemioterapii dochodzi do regresji guza umożliwiającej resekcję. Przedstawiono przypadek pacjentki, u której pod wpływem chemioterapii doszło do regresji guza.

Opis przypadku

Pacjentka, 61-letnia (DB), została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego z powodu guza wyrostka haczykowatego głowy trzustki, wielkości 38 × 37 × 40 mm, powodującego poszerzenie przewodu Wirsunga do 9 mm oraz cholestazę. W okresie przedoperacyjnym założono protezę do dróg żółciowych. Zabieg operacyjny wykonano 27 lipca 2016 r. – stwierdzono guz średnicy 40 mm z rozległym naciekiem na przestrzeń zaotrzewnową oraz żyłę krezkową górną. Wykonano dwa zespolenia omijające oraz biopsję przeddwunastniczą guza, potwierdzając rozpoznanie *adenocarcinoma pancreatis*. Pacjentka została zakwalifikowana do chemioterapii według schematu FOLFIRINOX, trwającej 6 miesięcy.

W wykonanym po CHT badaniu tomografii komputerowej stwierdzono znaczną regresję guza trzustki i nacieku otaczającej tkanki tłuszczowej. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu resekcyjnego.

12 stycznia 2017 r. wykonano pankreatoduodenektomię sposobem Whippla z zespoleniem kikuta trzustki z jelitem cienkim. Zabieg przeprowadzono bez resekcji żyły krezkowej. W badaniu mikroskopowym preparatu operacyjnego stwierdzono *ductal adenocarcinoma, stopień 3.*, T3N1MX. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pacjentka podlega opiece i obserwacji onkologa.

Wnioski

Chemioterapia neoadjuwantowa może zmienić sytuację pacjenta co do operacyjności zaawansowanego miejscowo raka trzustki. Chorzy poddani pierwotnie paliatywnej procedurze nie mają zamkniętej drogi do zabiegu resekcyjnego.

NAKŁUCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO – CZASEM DOBRE ROZWIĄZANIE

Stanisław Hać (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Studniarek Michał (Zakład Radiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Szymański (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Dariusz Łaski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Justyna Kostro (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Nakłucie i drenaż pęcherzyka żółciowego jest historycznym rozwiązaniem w przypadku ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Przezskórny drenaż pęcherzyka żółciowego pod kontrolą ultrasonograficzną, za pomocą drenu *pig-tail*, jest rzadko stosowanym rozwiązaniem. Takie postępowanie rekomendowane jest dla chorych bardzo wysokiego ryzyka operacyjnego ze względu na obciążenia lub stan septyczny wywołany zakażeniem w świetle pęcherzyka żółciowego. Ten ostatni scenariusz miał miejsce u prezentowanego chorego.

Opis przypadku

Pacjent 68-letni (HŁ) przekazany do oddziału ze szpitala specjalistycznego z powodu stanu septycznego. Podczas przyjęcia anuria cechy przewodnienia, trombocytopenia, żółtaczka, wykładniki wstrząsu septycznego. W wywiadzie cukrzyca typu 2. W badaniu tomografii komputerowej bez kontrastu stwierdzono ropień 4. segmentu wątroby i kamicę pęcherzyka żółciowego, nieposzerzone drogi żółciowe. Stan niewydolności wielonarządowej trwał u pacjenta od 40 godzin. Pacjent otrzymał szerokospektralny antybiotyk IV oraz płynoterapię. Pacjenta przyjęto na oddział intensywnej terapii, gdzie wdrożono ciągłą hemodiafiltrację oraz nakłuto przezskórnie ropień wątroby i drugim drenem – pęcherzyk żółciowy, uzyskując wpływ treści ropnej. Stosowano płukanie drenów roztworem fizjologicznym. Po 7 dniach wykonano cholecystektomię drogą laparotomii, w 17. dobie rewidowano ranę z powodu krwiaka, leczenie intensywne kontynuowano przez 13 dni. Hospitalizacja trwała łącznie 25 dni.

Wnioski

Drenaż przezskórny pęcherzyka żółciowego może stanowić ważny element leczenia pacjentów z ropniakiem pęcherzyka oraz niewydolnością wielonarządową lub wysokiego ryzyka operacyjnego z innych przyczyn. Przezskórny drenaż ropniaka pęcherzyka może być skutecznie wykorzystywany w szpitalach każdego szczebla kompetencji przed przesłaniem do ośrodka specjalistycznego, co może mieć duży wpływ na rokowania. Metoda powinna być popularyzowana.

LECZENIE ŻYWIENIOWE W WARUNKACH DOMOWYCH CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM RAKIEM ŻOŁĄDKA

Marcin Folwarski (Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Waldemar Szafrąński (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Marek Dobosz (Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia, Szpital św. Wojciecha COPERNICUS – Gdańsk)

Wstęp

Niedożywienie jest częstym problemem pacjentów leczonych z powodu nowotworów górnego odcinka przewodu pokarmowego. Zespół anoreksja-kacheksja jest związany z gorszym rokowaniem i zwiększoną śmiertelnością pacjentów z rakiem żołądka. Chemioterapia, radioterapia oraz leczenie operacyjne prowadzą do nasilenia objawów i pogorszenia stanu odżywienia. Spadek masy mięśniowej powoduje zwiększenie toksyczności chemioterapii i jest czynnikiem ryzyka dyskwalifikacji z terapii onkologicznej. Leczenie żywieniowe jest koniecznym elementem całego procesu terapeutycznego. W przypadku nieoperacyjnego raka żołądka, ze względu na wysoką niedrożność przewodu pokarmowego, chorzy wymagają najczęściej żywienia do jejunostomii odżywczej lub żywienia pozajelitowego do końca życia.

Cel pracy

Analiza metod leczenia żywieniowego w warunkach domowych pacjentów z rakiem żołądka.

Metodyka

Retrospektywnie przeanalizowano materiał chorych kwalifikowanych do żywienia domowego do- i pozajelitowego, w latach 2010–2017, w poradni żywienia COPERNICUS sp. z o.o. w Gdańsku. Szczegółowej analizie poddano pacjentów z rozpoznaniem raka żołądka.

Wyniki

Pośród wszystkich pacjentów objętych żywieniem domowym pacjenci z rakiem żołądka stanowili 22,3% (n = 121), 86% pacjentów kwalifikowano do HEN (domowe żywienie dojelitowe), 14% (n = 17) do HPN (domowe żywienie pozajelitowe). Średni wiek pacjentów wynosił 64 lat, mężczyźni stanowili 62,8%, kobiety – 37,2%. W obserwowanej grupie: 10% (n = 13) pacjentów jest nadal żywionych w chwili publikacji, 85,5% – zmarło. U 53% pacjentów żywionych dojelitowo rozpoznano nieoperacyjnego raka żołądka, 14,8% było po gastrektomii z pozostawieniem przetoki odżywczej, u 10% stwierdzono wznowę raka, 14% chorych ze względu na niedrożność przewodu pokarmowego i rozsiew wewnątrzbrzuszny choroby wymagało żywienia pozajelitowego. Średnia długość żywienia od chwili kwalifikacji wyniosła 152,6 dni.

Wnioski

Żywienie domowe pacjentów z rakiem żołądka w większości przypadków dotyczy zaawansowanej choroby bez możliwości leczenia operacyjnego, na etapie rozsiewu wewnątrzbrzusznego. W tej grupie pacjentów obserwowano krótkie przeżycia. Kwalifikacja do HPN u pacjentów paliatywnych z rakiem żołądka jest trudna, gdyż często nie wiadomo, czy objawy wynikają ze skrajnego niedożywienia czy z rozpoczynającej się fazy umierania. Żywienie enteralne w przypadku rozsiewu wewnątrzbrzuszny jest w większości przypadków krótkotrwałe lub niemożliwe.

ZMIANY HISTOPATOLOGICZNEJ W WYCIĘTYCH ŻOŁĄDKACH U CHORYCH PO ZABIEGU RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA Z POWODU OTYŁOŚCI

Jarosław Matykiewicz (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Jakub Kuchinka (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Iwona Wawrzycka (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Dorota Kozieł (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Stanisław Głuszek (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Cel pracy

Oceniono zmiany histopatologiczne w preparatach żołądków wyciętych podczas zabiegu rękawowej resekcji żołądka, wykonywanej z powodu otyłości patologicznej.

Metodyka

Analizie poddano 160 chorych, operowanych z powodu otyłości patologicznej w Klinice Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w latach 2007–2017. Kryterium kwalifikacji do zabiegu była wartość BMI powyżej 40 kg/m² lub powyżej 35 kg/m² z chorobami współistniejącymi z otyłością. Chorzy mieli wykonywaną standardową diagnostykę przedoperacyjną z badaniem endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego. W przypadku wykrycia zmian zapalnych błony śluzowej żołądka i/lub dwunastnicy i dodatniego wyniku testu ureazowego chorzy otrzymywali terapię eradykacyjną, zgodnie z zaleceniami PTG. Zabieg operacyjny wykonywano w 2–3 miesiące po zakończeniu leczenia. Zabieg wykonywano techniką laparoskopową w znieczuleniu ogólnym. Wycięcie żołądka rozpoczynano 5–6 cm od odźwiernika. Żołądek odcinano przy pomocy stalera EndoGIA (Covidien). W większości przypadków linii zszywek nie wzmacniano dodatkowym szwem. Wycięte fragmenty żołądka poddano ocenie histopatologicznej.

Wyniki

Zabieg laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka wykonano u 69 (43%) chorych: 13 mężczyzn i 56 kobiet. U 60 chorych kalibrację żołądka przeprowadzono sondą 36 Ch, u 9 chorych stosowano gastroskop jako miarę kalibracji. Pojemność wyciętego żołądka wynosiła średnio ok 200 ml. Wszystkie preparaty oceniono pod kątem szczelności linii zszywek próbą wodną lub insuflacją powietrzem, nie stwierdzając przecieku płynu/powietrza. W ocenie histopatologicznej w 30 preparatach (43%) nie stwierdzono zmian patologicznych w obrębie ściany wyciętego żołądka. W 39 preparatach (57%) opisano zmiany o charakterze przewlekłego zapalenia błony śluzowej żołądka (aktywność od + do +++). Wśród nich w 5 preparatach w błonie śluzowej żołądka opisano obecność *Helicobacter pylori*. Nie stwierdzono zmian nowotworowych w wyciętych żołądkach. W okresie pooperacyjnym w badanej grupie nie obserwowano nieszczelności linii zszywek. U 1 chorej we wczesnym okresie pooperacyjnym obserwowano objawy choroby refluksowej przełyku.

Wnioski

Zmiany anatomopatologiczne opisywane w wyciętych żołądkach u chorych bariatrycznych potwierdzają zasadność stosowania w okresie pooperacyjnym inhibitorów pompy protonowej.

WSTĘPNE WYNIKI CHIRURGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI NA PODSTAWIE MATERIAŁU WŁASNEGO

Marcin Folwarski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Apostolis Atanasiu (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Klinika Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Piotr Wiśniewski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Piotr Woźniacki (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Adam Kot (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Roman Marczewski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Wojciech Makarewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Chirurgia bariatryczna jako element kompleksowej opieki jest jedną z najbardziej efektywnych metod leczenia otyłości. Wobec stale rosnącej liczby pacjentów ze znaczną nadwagą istnieje zapotrzebowanie na powstawanie wyspecjalizowanych ośrodków oferujących skuteczne leczenie. Poza wykonywaniem procedur chirurgicznych ważne jest tworzenie systemowych rozwiązań obejmujących kwalifikację, przygotowanie do zabiegu oraz opiekę pooperacyjną. W pracy podsumowano pierwsze doświadczenia powstającego wielodyscyplinarnego zespołu przy Oddziale Chirurgii szpitala w Kościerzynie.

Cel pracy

Analiza wczesnych wyników operacji bariatrycznych w materiale własnym.

Metodyka

Retrospektywna analiza danych z dokumentacji medycznej oraz informacji zebranych podczas kontroli chorych operowanych, w latach 2015–2017, z powodu otyłości. Kontrolne informacje zebrano drogą ankiety telefonicznej.

Wyniki

W okresie od czerwca 2015 r. do maja 2017 r. wykonano 23 operacje ze wskazań bariatrycznych. Kwalifikacja pacjentów obejmowała ambulatoryjną konsultację dietetyczną oraz psychologiczną. Leczone pacjentów pełnoletnich ze średnią wieku 41,4 lat: 65,2% kobiet i 34,8% mężczyzn. Średnie BMI w dniu leczenia operacyjnego wynosiło 40,7. U wszystkich pacjentów wykonano mankietową laparoskopową resekcję żołądka. Czas zabiegu wynosił średnio 116 minut. Wśród badanych 8,7% (n = 2) pacjentów wymagało reoperacji we wczesnym okresie okołoperacyjnym z powodu krwawienia do jamy brzusznej. U 1 pacjenta stwierdzono nieszczelność „tuby” żołądka, skutecznie leczoną za pomocą endoskopowego wprowadzenia protezy oraz żywienia poza- i dojelitowego. Czas hospitalizacji wynosił 7,39 dni. Kontrolne informacje uzyskano od 35% chorych po średnio 231 dniach leczenia. Średnia utrata masy ciała po zabiegu to 27 kg, co stanowiło 11,2% masy wyjściowej. Zadowolenie pacjentów z zabiegu w skali 10-punktowej wynosiło średnio 9,87.

Wnioski

Mankietowa resekcja żołądka jest procedurą bezpieczną, z niewielkim ryzykiem powikłań. Minimalnie inwazyjny dostęp chirurgiczny wraz z elementami protokołu *fast-track* umożliwia szybki powrót do aktywności i stosunkowo krótką hospitalizację. U większości pacjentów uzyskano dobry efekt redukcji masy ciała oraz wysoki poziom zadowolenia.

CAN A SIMPLE MICROSCOPE SPECIMEN SAVE A PATIENT'S LIFE? NOCARDIOSIS IN A PATIENT WITH ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Krzysztof Madej (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)
Honorata Stadnik (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)
Michał Gamrat (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)
Michał Stronka (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)
Krzysztof Rędziński (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)
Zofia Adamska (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)
Wojciech Cierach (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)
Matek Karczewski (Heliodor Świącicki Clinical Hospital in Poznań, Transplantology, General and Vascular Surgery Department – Poznań)

Introduction

Necrosis in acute pancreatitis is present in 5–10% of the cases, with infection developing in nearly 50% of patients. Hence, the main goal of treatment is to prevent complications, including sepsis caused by necrosis infection and abscesses.

Aim

The article outlines the ineffectiveness of conservative therapy, as well as of subsequent surgical procedures, in treatment of nocardiosis in patients with acute necrotizing pancreatitis.

Methods

A 50-year-old immunocompetent patient was hospitalized following acute pancreatitis and general condition deterioration. Piperacillin/tazobactam were administered empirically and on the 20th day after their discontinuation laparotomy with necrosectomy and peritoneal cavity drainage were performed. Swab samples were collected and vancomycin with amikacin were administered empirically. After cleansing the extensive abscess, *Nocardia* bacteria were found in the direct specimen. Consequently, trimethoprim/sulfamethoxazole were administered, which improved the patient's condition.

Results

As the microbiological specimen was collected incorrectly, it was difficult to identify bacteria constituting the etiological infection source. Gathering clinical history is also of great significance, since, in this case, the infection leading to ANP was caused by a past injury with an unidentified etiological factor, i.e. *Nocardia* spp., posing a challenge both in diagnosis and treatment. The scarcity of reports of acute necrotizing pancreatitis cases caused by *Nocardia* infections may stem from false negative culture results routinely employed in microbiology.

Conclusions

To conclude, what needs to be taken into account in severe acute antibiotic resistant pancreatitis is the potential presence of slow-growing microorganisms and allowing for longer bacterial culture growth. This emphasizes the importance of a role of microbiologist in diagnosis and treatment.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GASTRIC CARCINOIDS

Nina Boyko (Danylo Halytsky Lviv National Medical University – Lviv)

Rostyslav Kemin (Danylo Halytsky Lviv National Medical University – Lviv)

Introduction

Carcinoids constitute 0.3% of all stomach tumors. They develop from enterochromaffin-like (ECL) cells and have specific endocrine secretory granules which are the site of final formation and storage of peptide hormones and biogenic amines.

Aim

The aim of the study was to analyze the results of diagnosis and surgical treatment of patients with gastric carcinoids.

Methods

General clinical examination, ultrasonography, gastroscopy, endoscopic ultrasonography, and CT were performed and the level of histamine, serotonin in serum, chromogranin A in tumor tissue, as well as the expression of mitotic index Ki-67, were determined. 19 patients were operated (age range 33–68 years; men to women ratio 13:6). In 16 patients, tumor was localized in lesser curvature of the stomach, and in 3 patients in prepyloric part of the stomach.

Results

Malignant carcinoid of the stomach was diagnosed in 8 patients. The diagnosis was confirmed by immunohistological test. The resection of the thoracic esophagus and proximal stomach was performed in 3 patients, gastrectomy – in 8 patients, subtotal resection of the stomach – in 2 patients. In 6 patients, during gastroscopy and endoscopic ultrasonography polyps 12–18 mm in diameter were found. Next, the biopsy was performed that identified elevated level of chromogranin A and, therefore, carcinoid was suspected. Muscular layer was invaded in 3 out of 6 cases of the polyps occurrence. The polyps were resected during gastroscopy. Diagnosis of gastric carcinoid in these patients were confirmed by pathohistological examination.

Conclusions

Chromogranin A allowed to conduct differential diagnosis between cancer and gastric carcinoid. Statistical analysis conducted in patients with gastric carcinoid showed a direct correlation dependence with the level of mitotic index Ki-67 and helped to assess the degree of malignancy and life expectancy of patients.

ANALYSIS OF MORTALITY IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS ACCORDING TO AUTOPSY DATA

Oleh Kudelich (Belarusian State Medical University – Minsk)

Gennadij Kondratenko (Belarusian State Medical University – Minsk)

Alexei Protasevich (Belarusian State Medical University – Minsk)

Olga Yudina (City Clinical Pathologoanatomic Bureau – Minsk)

Introduction

The overall mortality in acute pancreatitis (AP) has not changed in the last 10 years and varies from 3–6%, reaching 20–45% in cases of widespread pancreatic necrosis.

Aim

The aim of the study was to reveal the most significant immediate causes of death in patients with severe AP and determine the most important pathological changes in vital organs to develop the means of prevention.

Methods

The retrospective analysis of autopsy reports of 225 patients who died from severe AP was performed.

Results

According to the autopsy reports, the majority of the deceased were young and middle-aged (137 – 60.9%). Among the deceased under the age of 60, male patients prevailed (ratio 1:2.8), and among those over 60 years, they were in minority (ratio 1:0.9) ($p = 0.001$). The analysis of vital organ structural changes has revealed that pathologically significant lung damage was reported most commonly in severe AP in both age groups (83.1%); the second most common lesion was observed in cerebral tissue (70.2%); and then in renal parenchyma (69.3%), myocardium (67.1%) and liver (54.2%), respectively. The reliable differences and correlation dependence of frequency of injury of cardiovascular ($\chi^2 = 8.35$; $p = 0.004$ / $r = 0.193$; $p = 0.004$) and hepatic ($\chi^2 = 7.1$; $p = 0.008$ / $r = -0.178$; $p = 0.009$) systems of different age groups have been detected.

Fatal outcomes occurred 1.7 times more frequent in the first 2 weeks from the onset of AP. The direct cause of death in the majority of patients (73.3%) was the multiple organ dysfunction syndrome. Intoxication as the second most common cause of death was revealed in 27 cases (12%). In different age groups, the immediate causes of death have been differed reliably ($\chi^2 = 22.8$; $p = 0.043$) without any correlation between them (Spearman's $r = -0.017$; $p = 0.795$).

Conclusions

1) In severe AP, only under the age of 60 male sex is one of the independent risk factors for an unfavorable outcome, however it ceases to be of significance in patients over 60 years old, which can be taken into account as a criterion in integral scales for more accurate prediction of the outcome of the disease.

2) The multiple organ dysfunction syndrome due to endogenous intoxication in patients with severe AP is considered to be the main immediate cause of death (73.3%), irrespective of age and time from the onset of the disease.

OPERACJE RESEKCYJNE TRZUSTKI U CHORYCH LECZONYCH WCZEŚNIEJ OPERACYJNE Z POWODU CHORÓB NOWOTWOROWYCH I NIENOWOTWOROWYCH JAMY BRZUSZNEJ

Maciej Stachowiak (Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica – Piła)

Angelika Rzepecka-Hałuszka (Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica – Piła)

Daniel Nowicki (Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica – Piła)

Karol Nowicki (Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica – Piła)

Wstęp

Nowotwory trzustki są w 35% resekcyjne. Radykalne leczenie operacyjne jest metodą pozwalającą na uzyskanie najlepszego wyniku odległego w tej grupie chorych. Wśród chorych resekcyjnych szczególnie trudną do leczenia grupę stanowią pacjenci, u których uprzednio wykonano laparotomię. W pracy przedstawiono 14 chorych leczonych na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Specjalistycznego w Pile od stycznia 2014 r. do kwietnia 2017 r., których operowano z powodu guzów trzustki i którzy mieli wcześniej wykonaną laparotomię.

Cel pracy

Podkreślenie wagi szczegółowej analizy każdego przypadku. Właściwa ocena zaawansowania klinicznego choroby oraz chorób towarzyszących pomaga zaplanować i wykonać najkorzystniejszy dla chorego sposób leczenia, który pozwoli osiągnąć najlepsze wyniki.

Metodyka

Przeanalizowano przebieg procesu diagnostyczno-leczniczego u 14 chorych, których podzielono na 4 grupy:

- 4 chorych, u których wykonano laparotomię z powodu nowotworu złośliwego i następnie operowano z powodu nowotworu złośliwego trzustki;
- 4 chorych, u których wykonano laparotomię z powodu nowotworu złośliwego i następnie operowano z powodu zmiany nienowotworowej trzustki – w badaniach obrazowych: guz trzustki;
- 4 chorych, u których wykonano laparotomię z powodu chorób nienowotworowych i następnie operowano z powodu nowotworu złośliwego trzustki (2 z nich było wcześniej leczonych z powodu nowotworów narządów położonych poza jamą brzuszną – rak krtani, rak piersi);
- 2 chorych, u których wykonano laparotomię z powodu chorób nienowotworowych i następnie operowano z powodu zmiany nienowotworowej trzustki – w badaniach obrazowych: guz trzustki.

Z badanej grupy 10 chorych było leczonych wcześniej operacyjnie z powodu nowotworów złośliwych. Wykonano 5 operacji Whipple’a, 3 resekcje trzonu trzustki, 6 obwodowych resekcji trzustki.

Wyniki

W badanej grupie chorych stwierdzono 1 zgon w okresie 30 dni od operacji. Pozostali chorzy pozostają pod kontrolą, nie mają objawów nawrotu choroby nowotworowej.

Wnioski

- 1) Powyższa praca podkreśla potrzebę monitorowania chorych po operacjach onkologicznych, zarówno w celu wykrycia nawrotu choroby podstawowej, jak i chorób nowotworowych innych narządów.
- 2) Wczesne rozpoznanie nowotworów trzustki pozwala na radykalną resekcję zmiany i zwiększa szansę na długie przeżycie chorych.
- 3) Powtórne operacje trzustki są zabiegami trudnymi, wymagającymi przygotowania chorego, odpowiednich technik diagnostycznych, nowoczesnych elektronarzędzi oraz doświadczenia zespołu leczącego.

REGULOWANA OPASKA NA ŻOŁĄDEK W LECZENIU OTYŁOŚCI – POWIKŁANIA

Jarosław Matykiewicz (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Jakub Kuchinka (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Iwona Wawrzycka (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Dorota Kozieł (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Stanisław Głuszek (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Cel pracy

Ocena losu chorych, operowanych z powodu otyłości, którzy mieli wykonane laparoskopowe opasanie żołądka.

Metodyka

Analizie poddano 160 chorych operowanych z powodu otyłości patologicznej w Klinice Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w latach 2007–2017. Kryterium kwalifikacji do zabiegu była wartość BMI powyżej 40 kg/m² lub powyżej 35 kg/m² z chorobami współistniejącymi z otyłością. Chorzy mieli wykonywaną standardową diagnostykę przedoperacyjną. Założenie regulowanej opaski na żołądek wykonano u 32 chorych (20%). Zabieg operacyjny opasania żołądka wykonywano laparoskopowo, w znieczuleniu ogólnym, zakładając opaskę regulowaną AMI Soft Gastric Band Standard. Opaskę mocowano, przyszywając dno żołądka do okolicy wpustowej. Port opaski umieszczano w okolicy lewego podżebrza. W okresie pooperacyjnym chorzy mieli zaleconą systematyczną kontrolę w poradni chirurgicznej w okresie 3, 6, 9, 12, 18 i 24 miesięcy po zabiegu. Ocenie poddano: ilość i systematyczność wizyt w poradni chirurgicznej, efektywność metody operacyjnej w redukcji masy ciała oraz objawy uboczne i powikłania wymagające powtórnego zabiegu operacyjnego.

Wyniki

W grupie operowanej było 28 kobiet i 4 mężczyzn. Chorzy byli w wieku od 20 do 57 lat. Średnie BMI przed operacją wynosiło 44,14 kg/m²; 6 chorych miało BMI w przedziale 35–39,9 kg/m², a 26 – powyżej 40 kg/m². Nie zanotowano powikłań podczas zabiegów operacyjnych. Średni spadek BMI w okresie obserwacji pooperacyjnej wyniósł 14% (z 43,5 kg/m² do 37,6 kg/m²) i dotyczył chorych zgłaszających się do systematycznej kontroli pooperacyjnej – 65% chorych zgłaszało się regularnie celem kontroli efektywności leczenia. U 34% chorych wykonano powtórne zabiegi operacyjne: 6 zabiegów usunięcia opaski z żołądka i 5 zabiegów repozycji portu opaski. Wskazaniami do zabiegu usunięcia opaski była niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego, udokumentowana w badaniach radiologicznych i/lub endoskopowych. Zabieg usunięcia opaski wykonywano w okresie od 3 do 43 miesięcy od pierwszego zabiegu. Nie wykonano u żadnego chorego ponownego zabiegu bariatrycznego.

Wnioski

Założenie opaski regulowanej jest związane z ryzykiem istotnych powikłań w okresie pooperacyjnym, wymagających ponownego zabiegu operacyjnego. Brak zrozumienia przez chorych zasad leczenia bariatrycznego powoduje zwiększenie ryzyka powikłań w okresie pooperacyjnym.

OPIS PRZYPADKU ZSUNIĘCIA (*SLIPPAGE*) OPASKI PO LAPAROSKOPOWY ZAŁOŻENIU OPASKI REGULOWANEJ NA ŻOŁĄDEK

Jarosław Matykiewicz (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Jakub Kuchinka (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Iwona Wawrzycka (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Dorota Kozieł (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Stanisław Głuszek (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce; Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Wstęp

W pracy opisano przypadek powikłania po operacji laparoskopowego założenia opaski regulowanej na żołądek z powodu otyłości.

Opis przypadku

Chora, lat 42, była leczona w Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej WSZZ w Kielcach, z powodu otyłości patologicznej (BMI 41,37 kg/m²). U chorej wykonano laparoskopowe założenie opaski regulowanej na żołądek (AMI Soft Gastric Band). Chora systematycznie kontrolowała się w okresie pooperacyjnym.

Wyniki

W okresie obserwacji (43 miesiące) u chorej zanotowano redukcję masy ciała i spadek BMI do 30 kg/m². Na podstawie objawów klinicznych oraz wyników badań dodatkowych (gastroskopia, RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem) stwierdzono również powikłanie pod postacią niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego, spowodowanego zsunięciem się opaski. U chorej wykonano laparoskopię i usunięto opaskę. Objawy kliniczne niedrożności ustąpiły.

Wnioski

Zabieg założenia opaski regulowanej na żołądek, z powodu otyłości, związany jest z ryzykiem wystąpienia powikłań mechanicznych w różnym okresie czasu od operacji.

„POLSKI KONSENSUS” I 40 LAT „POLSKICH BADAŃ NAD RAKIEM ŻOŁĄDKA”

Jan Kulig (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Kołodziejczyk (I Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Od 1986 r., czyli już od ponad 40 lat, kontynuowany jest projekt naukowy pt. „Polskie Badania nad Rakiem Żołądka”. Badania te, koordynowane przez I Katedrę Chirurgii UJ w Krakowie, prowadzono w 7 polskich akademickich ośrodkach chirurgicznych, a liczba badaczy, którzy czynnie angażowali się w realizację projektu, jest tak duża, że nie sposób w tym streszczeniu przytoczyć wszystkich nazwisk.

Głównym celem tego projektu – wielośrodkowych i interdyscyplinarnych badań – stała się poprawa wyników leczenia chorych na raka żołądka poprzez opracowanie i propagowanie optymalnych metod rozpoznawania i leczenia, zarówno chirurgicznego, jak i skojarzonego.

Do badań klinicznych, również randomizowanych, włączono łącznie 5260 chorych. Badania kliniczne służyły głównie określeniu zakresu resekcji, w tym limfadenektomii, oraz roli leczenia skojarzonego z chemioterapią.

Do najważniejszych osiągnięć projektu należą: poprawa wyników odległych leczenia raka żołądka w Polsce, szerokie wdrożenie zasad leczenia chirurgicznego, w tym zakresu limfadenektomii, oraz rozpowszechnienie modelu leczenia skojarzonego raka żołądka.

Jednym z najistotniejszych sukcesów projektu jest opracowanie dokumentu pt. „Polski Konsensus w Sprawie Leczenia Chorych na Raka Żołądka”, którego pierwsza wersja została opublikowana w 1998 r. Aktualna publikacja „Konsensusu”, tj. aktualizacja z 2017 r., powstała w oparciu o dyskusje, które toczono podczas sympozjum naukowego w Krakowie w 2016 r.

ANALIZA OBRAZU LAPAROSKOPOWEGO Z WYKORZYSTANIEM OBRAZOWANIA WĄSKOPASMOWEGO I POPŁUCZYN OTRZEWNOWYCH W OCENIE RESEKCYJNOŚCI RAKA ŻOŁĄDKA

Kamil Pudło (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Alan Błotniak (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Kamil Nurczyk (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Tomasz Skoczylas (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Jadwiga Sierocińska-Sawa (Zakład Patomorfologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 – Lublin)

Justyna Kruk-Bochonko (II Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Witold Krupski (II Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Rozsiew otrzewnowy w raku żołądka (RŻ) istotnie ogranicza możliwość uzyskania radykalności onkologicznej.

Cel pracy

Celem badania jest ocena znaczenia laparoskopii diagnostycznej (LD) w ustaleniu stopnia zaawansowania klinicznego i możliwości uzyskania radykalności onkologicznej u chorych z RŻ planowanych do leczenia skojarzonego z okołooperacyjną chemioterapią.

Metodyka

Od 2013 r. do 2017 r. w II Klinice Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie leczono 176 chorych z RŻ. U 50 z nich (z potencjalnie resekcyjnym RŻ o miejscowym lub regionalnym stopniu zaawansowania klinicznego, bez przerzutów odległych w obrazie TK, w stanie ogólnym umożliwiającym przeprowadzenie leczenia skojarzonego z okołooperacyjną chemioterapią) wykonywano LD z oceną guza pierwotnego, powierzchni wątroby, otrzewnej, obecności wolnego płynu w jamie otrzewnej oraz analizą cytologiczną i biochemiczną popłuczyn otrzewnowych. W pracy przedstawiono wstępną analizę prospektywnie gromadzonych parametrów kliniczno-patologicznych u 50 chorych, u których ocenę wyjściową stopnia zaawansowania klinicznego uzupełniono o LD.

Wyniki

Bezpośrednia obserwacja laparoskopowa z wykorzystaniem barwienia NBI zwiększyła dokładność oceny głębokości nacieku raka T2/T3/T4A/T4B odpowiednio u 8,7/39,1/43,5/6,5% chorych w porównaniu z oceną TK u 8,3/56,3/20,8/0,0% chorych. Przerzuty otrzewnowe stwierdzono u 9 chorych (18,8%), wolny płyn w jamie otrzewnej – u 9 (18,4%), oraz obecność wolnych komórek raka w jamie otrzewnej w badaniu cytologicznym popłuczyn – u 10 (20,9%). Na podstawie dodatkowych informacji uzyskanych za pomocą LD do leczenia paliatywnego zakwalifikowano 19 chorych (38,3%), a pozostałych 31 (61,7%) – do leczenia skojarzonego z okołooperacyjną chemioterapią. U chorych kwalifikowanych do leczenia paliatywnego dominowała lokalizacja w części proks. i śród. żołądka, odpowiednio u 63,2% i 73,7% chorych w porównaniu do 33,3% i 48,3% chorych kwalifikowanych do leczenia skojarzonego. Analiza biochemiczna markerów wykazała wyższe stężenia CEA w popłuczynach otrzewnowych (8,13 vs 0,63 ng/ml), natomiast większe średnie wartości markerów CA 19-9 (89,52 vs 23,55 U/ml) oraz CA 72-4 (89,96 vs 6,80 U/ml) w surowicy krwi chorych kwalifikowanych do leczenia paliatywnego.

REKONSTRUKCJE NACZYNIOWE W GRANICZNYCH GUZACH TRZUSTKI - DOŚWIADCZENIA OŚRODKA

Agnieszka Surowiecka-Pastewka (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Magdalena Derejska (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Marek Durlik (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Wstęp

Naciekanie naczyń żylnych (żyła wrotna i krezkowa górna) oraz w wybranych przypadkach naczyń tętniczych nie stanowi o nieresekcyjności guzów trzustki. Operacje w guzach granicznie resekcyjnych wiążą się jednak z wysokim ryzykiem okołoperacyjnym.

Cel pracy

Celem pracy była ocena powikłań okołoperacyjnych u pacjentów z guzami granicznie resekcyjnymi, a także analiza przeżycia odległego.

Metodyka

W latach 2015–2016 w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji wykonano 918 resekcji trzustki (resekcje głowy trzustki, dystalne, totalne, subtotalne). 17% (n = 157) analizowanej grupy stanowiły guzy *borderline*, które wymagały resekcji naczynia (żyła wrotna, żyła krezkowa lub tętnica wątrobową) wraz z guzem i rekonstrukcji. 82% z tej grupy stanowiło *adecarcinoma ductale*. Rekonstrukcje naczyń wykonywano następującymi metodami: żyła biodrowa autologiczna (7%), żyła nerkowa lewa (7%), gore-tex (50%), plastyka żyły wrotnej (4%), rekonstrukcja tętnicy wątrobowej (1%).

Wyniki

19% pacjentów z grupy z rekonstrukcją naczyniową wymagało reoperacji. Rekonstrukcja naczyniowa wiązała się z cięższym przebiegiem pooperacyjnym i wyższym ryzykiem zgonu szpitalnego (19% vs 8% bez rekonstrukcji, $p < 0,005$). Najwyższe ryzyko zgonu dotyczyło pacjentów po rekonstrukcji tętnicy wątrobowej. Przeżycia odległe (4-letnia obserwacja) nie różniły się w obu grupach (rekonstrukcja vs bez rekonstrukcji). Bez znaczenia dla przeżycia odległego okazały się cechy G, T i N guzów. W obserwacji odległej, po 4 latach, najdłuższe przeżycie obserwowano u pacjentów po plastyce żyły, jednak różnice między zastosowanymi technikami rekonstrukcji naczyniowej były nieistotne statystycznie.

Wnioski

Przeprowadzenie resekcji guza wraz z nacieczonymi naczyniami w raku trzustki, pomimo wyższego ryzyka powikłań okołoperacyjnych, jest możliwe w ośrodkach o dużym doświadczeniu w chirurgii trzustki. Odległe przeżycia pacjentów z guzami miejscowo zaawansowanymi po radykalnych operacjach z rekonstrukcjami naczyniowymi są porównywalne do pacjentów po resekcjach trzustki bez naciekania ważnych naczyń. Rekonstrukcje tętnic powinny być wykonywane w wyjątkowych przypadkach.

ZNACZENIE APOPTOZY W ROZWOJU ŚRÓDNABŁONKOWEJ NEOPLAZJI TRZUSTKI

Konrad Zaręba (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Justyna Zińczuk (Zakład Patomorfologii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Anna Pryczynicz (Zakład Patomorfologii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Bogusław Kędra (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Andrzej Kemona (Zakład Patomorfologii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Katarzyna Guzińska-Ustymowicz (Zakład Patomorfologii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Wstęp

PanIN są definiowane jako brodawkowate lub płaskie nieinwazyjne zmiany nabłonka, powstające w przewodach trzustkowych, których średnica nie przekracza 5 mm. W zależności od stopnia zaawansowania architektonicznych i cytologicznych zmian w przewodach trzustkowych wyróżnia się 3 rodzaje śródnabłonkowej neoplazji trzustki: PanIN 1 cechujące się łagodnym stopniem dysplazji, PanIN 2 z umiarkowanym stopniem dysplazji oraz PanIN 3 będące zmianami, które mogą przekształcać się w raka przewodowego trzustki.

Cel pracy

Ocena ekspresji białek apoptotycznych (kaspazy 3) i ich inhibitorów (surwiwina) w śródnabłonkowej neoplazji trzustki.

Metodyka

Badaniami objęto grupę 70 pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu różnych zmian patologicznych trzustki (35 mężczyzn i 35 kobiet). Wśród nich znajdowało się 33 pacjentów poniżej i 37 powyżej 60. r.ż. W 38 przypadkach stwierdzono rak trzustki, w 23 – OZT, a w 9 – torbiel trzustki.

Wyniki

Podczas badania zanotowano istotną korelację między ekspresją surwiwiny a wiekiem ($p = 0,04$; wyższe wartości obserwowano w grupie pacjentów poniżej 60. r.ż.), a także płcią ($p = 0,02$; wyższe wartości u mężczyzn). Wykazano również znamienne statystycznie różnicę w poziomie ekspresji surwiwiny i obecności zmian PanIN – w porównaniu do jej ekspresji u chorych bez PanIN ($p = 0,00$). U chorych z PanIN 3 poziom ten sięgał średnio 85,72, natomiast w przypadku braku stwierdzenia zmian PanIN jego średnia wynosiła 0,57. W przypadku kaspazy 3 ustalono korelację między jej poziomem ekspresji a obecnością śródnabłonkowej neoplazji trzustkowej. Przy braku zmian o charakterze PanIN nie stwierdzono w ogóle kaspazy 3, natomiast w przypadku obecności PanIN wahał się on średnio od 17 przy PanIN 1a do 54 przy PanIN 3. Podobne zależności wystąpiły również w przypadku porównania poziomu ekspresji surwiwiny i kaspazy 3 w PanIN 1 vs PanIN 2 vs PanIN 3 ($p = 0,00$). Poziomy kaspazy i surwiwiny zwiększały się proporcjonalnie do zaawansowania zmian o charakterze PanIN.

Wnioski

W wyniku badań stwierdzono, że nadekspresja surwiwiny oraz jej korelacja z ekspresją kaspazy 3 występuje istotnie częściej u chorych zagrożonych rozwojem śródnabłonkowej neoplazji trzustkowej. Nadekspresja surwiwiny i kaspazy 3 jest zależna od stopnia PanIN.

UŻYTECZNOŚĆ MONITOROWANIA WSKAŹNIKÓW ODPOWIEDZI ZAPALNEJ (BIAŁKA C REAKTYWNEGO, INTERLEUKINY – 6 I PROKALCYTONINY) W CELU SZYBKIEGO ROZPOZNANIA POWIKŁAŃ INFEKCYJNYCH W GRUPIE PACJENTÓW OPEROWANYCH METODĄ LAPAROSKOPOWĄ Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO Z ZAS

Mateusz Wierdak (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Magdalena Pisarska (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jadwiga Dworak (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Kulawik (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Beata Kuśnierz-Cabala (Katedra Biochemii Klinicznej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Połączenie laparoskopii i nowoczesnej opieki okołoperacyjnej w chirurgii kolorektalnej stwarza możliwość wczesnego wypisu ze szpitala. Nie jest jednak możliwe całkowite wyeliminowanie powikłań pooperacyjnych, przez co mogą pojawić się u części chorych już po wypisaniu do domu. Poszukiwanie wczesnych markerów wystąpienia powikłań wydaje się więc uzasadnione. Markery te pozwolą na wyselekcjonowanie grupy pacjentów, u których istnieje ryzyko rozwoju powikłań i w związku z tym konieczna jest ich dłuższa hospitalizacja mimo braku objawów klinicznych.

Cel pracy

Ocena przydatności monitorowania stężenia białka CRP, interleukiny 6 (IL-6) i prokalcytoniny (PCT) w osoczu jako wczesnego wskaźnika powikłań infekcyjnych u chorych poddawanych laparoskopowym operacjom raka jelita grubego (RJG), z zastosowaniem protokołu opieki ERAS.

Metodyka

Badaniem objęto grupę 58 pacjentów, u których w okresie od sierpnia 2015 r. do września 2016 r. wykonano laparoskopową radykalną resekcję RJG. We wszystkich przypadkach zastosowano standardowy protokół opieki okołoperacyjnej ERAS. Pacjenci poddani zabiegom resekcji wielonarządowych, operowani sposobem klasycznym lub w trybie nagłym oraz chorzy z rozpoznaniem choroby zapalnej jelit byli wykluczeni z badania. Od wszystkich pacjentów pobrano próbki krwi – przed operacją oraz w 1., 2. i 3. dobie

pooperacyjnej (DPO) – celem oznaczenia stężenia CRP, IL-6 i PCT. Następnie pacjenci zostali podzieleni na 2 grupy w zależności od wystąpienia u nich powikłań infekcyjnych. Analizowano zarówno różnice w stężeniach ww. białek, jak i dynamikę zmian ich stężeń pomiędzy grupami.

Wyniki

Grupa I obejmowała 37 pacjentów bez powikłań infekcyjnych w okresie pooperacyjnym. Do grupy II włączono 17 pacjentów z co najmniej jednym takim powikłaniem. Przed zabiegiem nie stwierdzono pomiędzy grupami różnic w stężeniach analizowanych białek. Pooperacyjnie w grupie II zaobserwowano istotny wzrost zarówno wartości bezwzględnych, jak i przyrostów dziennych we wszystkich DPO dla wszystkich analizowanych białek. Analiza krzywej ROC wykazała, że wartości 129 mg/l w 3. DPO dla CRP (czułość/swoistość (C/S) – 92/80%) oraz 78 ng/ml w 2. DPO dla IL-6 (C/S – 91/97%) i 0,458 ng/ml w 3. DPO dla PCT (C/S – 82/77%) były najlepszymi wartościami odcięcia dla wykrywania powikłań infekcyjnych.

Wnioski

Monitorowanie poziomu wszystkich analizowanych białek w okresie pooperacyjnym może być użytecznym wczesnym wskaźnikiem rozwoju powikłań infekcyjnych w grupie pacjentów operowanych z powodu RJG.

WPLYW OBECNOŚCI HPV W JAMIE USTNEJ NA WYSTĘPOWANIE I POSTAĆ RAKA ŻOŁĄDKA

Mariusz Gryko (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)
Zbigniew Kamocki (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)
Dariusz Cepowicz (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)
Konrad Zaręba (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)
Natalia Wodyńska (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)
Bogusław Kędra (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Wstęp

Etiologia raka żołądka nie jest w pełni poznana. Istnieje wiele czynników mogących wpływać na powstanie tego nowotworu. Jedną z podnoszonych przyczyn są zaburzenia funkcjonowania białek związanych z regulacją cyklu komórkowego: P53 i PRB. Wiadomo również, że infekcja niektórymi typami HPV (np. 16, 18, 31, 33, 45) łączy się z częstszym występowaniem nowotworów takich jak rak szyjki macicy czy nowotwory głowy i szyi, a onkogenne wirusy powodują dysfunkcje białek P53 i PRB.

Cel pracy

Celem pracy była ocena obecności HPV u chorych na raka żołądka (zarówno w jamie ustnej, jak i ścianie żołądka) oraz określenie jej znaczenia w występowaniu szeregu czynników kliniczno-morfologicznych raka.

Metodyka

Materiał stanowiły historie chorób 80 pacjentów (średnia wieku – 63 lata) leczonych z powodu raka żołądka w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wszystkich chorych przed planowanym zabiegiem operacyjnym poddano badaniu jamy ustnej z pobraniem materiału do badania cytologicznego. Identyfikację wirusa HPV wykonano metodą hybrydyzacji *in situ*, a oceny cytologicznej wymazów z jamy ustnej dokonano przy użyciu klasyfikacji systemu Bethesda. Czynniki kliniczno-morfologiczne raka żołądka określono na podstawie materiału uzyskanego w trakcie operacji.

Wyniki

U 22 chorych (27,5%) stwierdzono obecność HPV. Przy czym u 8 chorych (10%) obecność dotyczyła tylko jamy ustnej, u 10 (12,5%) tylko żołądka, a u 4 (5%) – jamy ustnej i żołądka. W grupie nosicieli HPV z rakiem żołądka u większości – 14 (64%) vs 8 (36%) – występowały zaawansowane zmiany zapalne w jamie ustnej. U pacjentów z nosicielstwem HPV – 16 (73%) vs 6 (27%) – częściej stwierdzano typ I raka według Laurena (różnica nieznamienna statystycznie). Nie stwierdzono natomiast istotnych zależności pomiędzy nosicielstwem HPV a płcią, wiekiem i stopniem zróżnicowania nowotworu.

Wnioski

Infekcja HPV może mieć wpływ na powstanie i rozwój raka żołądka – szczególnie formy I według Laurena, lecz badania muszą zostać potwierdzone na większej liczbie chorych.

INSUFLACJA ŚWIATŁA PRZEWODU POKARMOWEGO DWUTLENKIEM WĘGLA W TRAKCIE KOLONOSKOPII ZMNIĘJSZA DOLEGLIWOŚCI ODCZUWANE PRZEZ CHORYCH PO BADANIU ENDOSKOPOWYM

Maciej Matłok (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków; Szpital Specjalistyczny Pro-Familia – Rzeszów)

Michał Janik (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny – Warszawa)

Janusz Kidacki (Szpital Specjalistyczny Pro-Familia – Rzeszów)

Janusz Pszeniczny (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. F. Chopina – Rzeszów)

Beata Horeczy (Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Królowej Jadwigi – Rzeszów)

Grzegorz Bednarczyk (Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Królowej Jadwigi – Rzeszów)

Kazimierz Rembiasz (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Określenie stopnia nasilenia dolegliwości bólowych u chorych w 1. i 24. godzinie po zakończonym badaniu kolonoskopowym jest według European Society of Gastrointestinal Endoscopy jednym z uznanych kryteriów oceniających jakość pracowni endoskopowych.

Cel pracy

Celem badania jest porównanie stopnia nasilenia dolegliwości bólowych u chorych po badaniu kolonoskopowym wykonywanym z wykorzystaniem insuflacji powietrzem lub dwutlenkiem węgla.

Metodyka

Obserwacyjnym badaniem kohortowym objęto grupę 546 osób, u których od 2 października 2016 r. do 30 maja 2017 r. wykonano w celach diagnostycznych endoskopowe badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego. U 270 chorych badanie wykonano z użyciem insuflacji dwutlenkiem węgla, a u 276 do insuflacji wykorzystano powietrze atmosferyczne.

U wszystkich chorych kolonoskopię wykonywano po zakwalifikowaniu do tego badania w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną. Badanie przeprowadzono w dożylnym znieczuleniu ogólnym, prowadzonym przez zespół anestezjologiczny. Do badania endoskopowego wykorzystano zestaw sprzętu firmy Olympus, seria Exera III, oraz endoskopy tego samego producenta serii 190H. Insuflację dwutlenkiem węgla prowadzono insuflatorem UCR. Stopień nasilenia dolegliwości

bólowych określano z wykorzystaniem pięciopunktowej skali i oceniano w 1. i 24. godzinie po zakończeniu kolonoskopii. Badanie w 1. godzinie prowadzono z użyciem tradycyjnego formularza w wersji papierowej wręczanego choremu, a badanie w 24. godzinie – w formie kontrolnej rozmowy telefonicznej. Oceny dokonywano, analizując wyniki zbiorcze dla pracowni i indywidualne oddzielnie dla każdego z 5 wykonujących badanie lekarzy.

Wyniki

Chorzy, w trakcie badania których wykorzystano dwutlenek węgla, odczuwali niższe nasilenie dolegliwości bólowych (średnio 2,1 i 1,0 w 1. i 24. godzinie) w porównaniu z chorymi, u których do insuflacji wykorzystano powietrze (3,6 i 1,8).

Wnioski

Wykorzystanie dwutlenku węgla do insuflacji podczas badania kolonoskopowego pozwala na znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych, odczuwanych przez chorych po badaniu endoskopowym, i poprawia komfort badania.

LAPAROSKOPOWE RESEKCJE TRZUSTKI U OSÓB STARSZYCH – WYNIKI LECZENIA

Michał Kisielewski (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wojciech Rogula (Szpital Uniwersytecki – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Liczba pacjentów w wieku podeszłym wzrasta w populacji na świecie i w Polsce. Zwiększa się również częstość występowania i wykrywalność nowotworów trzustki. Zastosowanie technik minimalnie inwazyjnych wciąż nie jest złotym standardem w leczeniu tych schorzeń. Ustalenie, czy zabiegi laparoskopowe w obrębie trzustki u osób starszych są możliwe i bezpieczne, może być kolejnym krokiem w rozpowszechnieniu stosowania tej metody leczenia.

Cel pracy

Analiza wyników leczenia laparoskopowych resekcji trzustki u osób starszych.

Metodyka

Retrospektywną analizą objęto dane pacjentów operowanych w II Klinice Chirurgii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego z powodu nowotworów trzustki w latach 2012–2017. Z badania wykluczono pacjentów z ostrym zapaleniem i torbielami rzekomymi trzustki, operowanych na otwarto i techniką *hand-assisted*. Pacjentów podzielono na grupy wiekowe – grupę I stanowili pacjenci < 65. r.ż., grupę II – ≥ 65. r.ż. Zbadano najczęstsze lokalizacje nowotworów, rodzaje wykonanych zabiegów, liczbę powikłań, konwersji i zgonów.

Wyniki

Łącznie przeprowadzono 115 planowych zabiegów z dostępu laparoskopowego – 74 w grupie I, 41 w grupie II. Średni wiek pacjentów w grupie I wyniósł 52 lata (26–64), w grupie II – 70 lat (65–83). Średnia punktacja w skali ASA okazała się większa u pacjentów z grupy II. Najczęstszą lokalizacją zmian nowotworowych była głowa trzustki – u 48 chorych (29 w grupie I, 19 w grupie II). Najczęściej wykonywano operację sposobem Whipple’a – 53 chorych (30 w grupie I, 23 w grupie II), oraz obwodową resekcję trzustki – 50 chorych (34 w grupie I, 16 w grupie II). U 41 pacjentów (36%) pojawiły się powikłania – 11 chorych (9%) miało krwawienia w okresie pooperacyjnym (6 w grupie I, 5 w grupie II). Przetokę trzustkową stwierdzono u 11 chorych (9%), u 5 z grupy I oraz u 6 z grupy II. Do nieuszczelności zespożeń doszło u 5 chorych po operacji Whipple’a (9%), 4 z grupy I oraz 1 z grupy II. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Śmiertelność wynosiła 5% (zgon 3 chorych z każdej grupy). Konwersja do metody otwartej okazała się konieczna w 31 przypadkach (26%). Długość hospitalizacji wynosiła 13 dni (mediana, grupa I – 7 dni, grupa II – 10 dni).

Wnioski

Laparoskopowe resekcje z powodu nowotworów trzustki w grupie pacjentów ≥ 65. r.ż. są wykonalne i nie cechują się zwiększoną liczbą powikłań i zgonów w okresie pooperacyjnym. Mimo stosowania technik minimalnie inwazyjnych w laparoskopowej chirurgii trzustki nie obserwuje się krótszych hospitalizacji u operowanych chorych.

LAPAROSCOPIC DISTAL PANCREATECTOMY WITH PRESERVATION OF THE SPLEEN

Alexandr Lytvynenko (A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Ivan Lukecha (A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Liliia Nazarko (A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Khilko Yuriy (A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine – Kyiv)

Introduction

Nowadays, the surgery on pancreas is one of the most difficult ones. On the one hand, it is due to retroperitoneal location of pancreas and direct connection to the main vessels, on the other hand, the structure of pancreas tissue needs very careful actions.

Aim

The aim of the study was to present application of laparoscopic surgery procedure on pancreas.

Methods

Retrospective analysis of surgical treatment by laparoscopic distal pancreatectomy of 12 patients operated between 2015 and 2017 in the Department of Laparoscopic Surgery of A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology was made.

Results

12 patients (5 men and 7 women) of average age 56.4 ± 1.2 years underwent laparoscopic distal pancreatectomy in the Department. Spleen was preserved in 2 cases (1 surgery with Warshaw modification). Histologically mucinous cystadenoma was diagnosed in 7 cases, mucinous cystadenocarcinoma in 3 cases, and intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) in 2 cases. Complications related to the surgery were acute pancreatitis with 3-fold increase normal plasma amylase confirmed by CT in 4 cases, fluid collection – 2 cases, and pancreatic fistula (grade A) – 2 cases. The operation time was 204 ± 7.6 minutes, blood loss – 215 ± 10.2 ml, and the duration of hospital stay – 5.3 ± 1.8 days. In 1 case, conversion to laparotomy was observed. Mortality was 0.

Conclusions

Distal pancreatectomy with preservation of the spleen is recommended for small tumors, benign or malignant, which are located in the structure of pancreas tissues.

OCENA EKSPRESJI HER2 W ODNIESIENIU DO WYBRANYCH CZYNNIKÓW KLINICZNO-MORFOLOGICZNE W RAKU ŻOŁĄDKA

Natalia Wodyńska (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Konrad Zaręba (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Zbigniew Kamocki (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Agata Dobrowolska (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Bogusław Kędra (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Wstęp

Białko HER2 jest obecne we wszystkich tkankach i pod wpływem zewnątrzkomórkowego ligandu reguluje szereg procesów koniecznych dla prawidłowego rozwoju i różnicowania tkanek. HER2 może stać się również punktem uchwytu dla leczenia biologicznego.

Cel pracy

Ocena stopnia ekspresji HER2 w raku żołądka oraz wpływu ekspresji HER2 na wybrane czynniki kliniczno-morfologiczne.

Metodyka

Grupę badaną stanowiło 72 chorych leczonych operacyjnie z powodu raka żołądka w latach 2011–2014. Ekspresję HER2 oceniano we fragmentach całych tkanek pochodzących z żołądków usuniętych metodą immunohistochemiczną, przy użyciu przeciwciał monoklonalnych.

Wyniki

Ekspresja HER2 na poziomie:

- IHC+3 – 5 chorych (6,94%);
- IHC+2 – 14 pacjentów (19,44%);
- IHC 0/+1 – 53 chorych (73,61%).

Ekspresja HER2 a typ histologiczny według klasyfikacji Laurena:

- najwyższy odsetek ekspresji receptora w typie jelitowym – 4 przypadki (8,16%);
- nie wykazano istotnej statystycznie zależności ($p > 0,05$).

Ekspresja HER2 a lokalizacja raka żołądka:

- najwyższy odsetek ekspresji receptora na poziomie HER2 IHC+3 w raku o lokalizacji dystalnej – 3 przypadki (8,33%);
- bez istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Ekspresja HER2 a stopień zaawansowania raka żołądka według skali TNM:

Cecha T:

- dla T2 odsetek HER2 IHC+3 oraz IHC+2 – 22,22%;
- bez istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Cecha N:

- największy odsetek przypadków ekspresji HER2 na poziomie HER2 IHC+3 w przypadku przerzutów do węzłów chłonnych zakwalifikowanych jako przerzuty odległe (M) – 33,33%;
- bez istotności statystycznej.

Cecha M:

- ekspresja HER2 w stopniu IHC+ 3 w 16,67% przypadków;
- nie zanotowano istotnych statystycznie korelacji.

Ekspresja HER2 a typ histologiczny raka żołądka:

- najwyższy odsetek ekspresji HER2 na poziomie IHC+3 oraz IHC+2 w przypadku raka typu cewkowego oraz *poorly cohesive*, odpowiednio: 4,55% i 25% oraz 16,67% i 16,67%;
- nie wykazano istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Ekspresja HER2 a poziom albuminy oraz białka całkowitego:

- stężenie albuminy oraz białka całkowitego nieznacznie wyższe w przypadku chorych, u których nie wystąpiła ekspresja HER2, odpowiednio mediana: 6,1 vs 6,0 oraz 3,2 vs 3,1.

Wnioski

1) Nadekspresja HER2 jest częstsza w raku o typie jelitowym, nie wiąże się natomiast z określonym typem histopatologicznym, nie wpływa na stopień zaawansowania raka żołądka i tworzenie przerzutów oraz nie wiąże się z objawami klinicznymi.

2) W populacji Podlasia odnotowuje się niski odsetkowy poziom ekspresji HER2.

SPADEK STĘŻENIA ALBUMIN JAKO WCZESNY WSKAŹNIK WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ INFEKCYJNYCH W GRUPIE PACJENTÓW OPEROWANYCH METODĄ LAPAROSKOPOWĄ Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO

Mateusz Wierdak (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Magdalena Pisarska (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jadwiga Dworak (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Dorota Radkowiak (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Beata Kuśnierz-Cabala (Klinika Chirurgii Endoskopowej, Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich SU, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Połączenie laparoskopii i nowoczesnej opieki okołoperacyjnej w chirurgii kolorektalnej stwarza możliwość wczesnego wypisu ze szpitala. Niesie to jednak za sobą ryzyko, że pacjenci, u których rozwinęły się powikłania infekcyjne, pozostające jeszcze w okresie bezobjawowym, zostaną wypisani ze szpitala. To z kolei może skutkować opóźnieniem rozpoznania i wprowadzenia odpowiedniego leczenia. Uzasadnione staje się poszukiwanie wczesnych markerów wystąpienia powikłań, pozwalających wyselekcjonować grupę chorych, u których konieczna jest dłuższa obserwacja szpitalna.

Cel pracy

Ocena przydatności monitorowania stężenia albumin w okresie okołoperacyjnym jako wczesnego wskaźnika powikłań infekcyjnych u chorych poddawanych laparoskopowym operacjom resekcyjnym z powodu raka jelita grubego (RJG), z zastosowaniem protokołu opieki ERAS.

Metodyka

Badaniem objęto grupę 105 kolejnych pacjentów, u których w okresie od sierpnia 2014 r. do września 2016 r. wykonano laparoskopową resekcję RJG. We wszystkich przypadkach zastosowano standardowy protokół opieki okołoperacyjnej ERAS. Pacjenci poddani zabiegom resekcji wielonarządowych, operowani sposobem klasycznym lub w trybie nagłym oraz chorzy z rozpoznaniem choroby zapalnej jelit byli wykluczeni z badania. Od wszystkich pacjentów pobrano próbki krwi – przed operacją oraz w 1., 2. i 3. dobie pooperacyjnej (DPO) – celem oznaczenia stężenia albumin. Następnie pacjenci zostali podzieleni na 2 grupy w zależności od wystąpienia u nich powikłań infekcyjnych. Analizowano zarówno różnice w stężeniu albumin, jak i dynamikę zmian ich stężeń pomiędzy grupami.

Wyniki

Grupa I obejmowała 82 pacjentów bez powikłań infekcyjnych w okresie pooperacyjnym. Do grupy II włączono 23 pacjentów z co najmniej jednym takim powikłaniem. Przed zabiegiem nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie albumin w surowicy pomiędzy grupami (grupa I – $38,7 \pm 4,9$ g/l, grupa II – $37,7 \pm 5,0$ g/l, $p = 0,59$). W okresie pooperacyjnym obserwowano zmniejszenie stężenia albuminy w obu grupach we wszystkich DPO (1. DPO: grupa I – $36,5 \pm 4,2$ g/l, grupa II – $34,7 \pm 4,2$ g/l, $p = 0,07$; 2. DPO: grupa I – $36,2 \pm 4,1$ g/l, grupa II – $32,6 \pm 5,6$ g/l, $p = 0,01$; 3. DPO: grupa I – $36,0 \pm 4,4$ g/l, grupa II – $30,9 \pm 3,5$ g/l, $p = 0,01$). Spadek ten był istotnie większy w grupie II, zarówno w 2., jak i 3. DPO.

Wnioski

Oznaczanie poziomu albumin w okresie pooperacyjnym może stać się użyteczne w monitorowaniu pacjentów pod kątem wystąpienia powikłań infekcyjnych. Jednak z uwagi na małą specyficzność rola albumin jako markera powikłań infekcyjnych jest ograniczona.

PORÓWNANIE SKUTECZNOŚCI NASZYWANIA WIĘZADŁA OBŁĘGO WĄTROBY NA KIKUT TRZUSTKI Z RĘCZNYM OBSZYCIEM KIKUTA TRZUSTKI PO OBWODOWEJ RESEKCJI TRZUSTKI W GRUPIE 30 CHORYCH

Katarzyna Mech (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Warszawa)

Łukasz Wysocki (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Warszawa)

Tomasz Guzel (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Warszawa)

Paweł Nyckowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Warszawa)

Maciej Słodkowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Warszawa)

Wstęp

W chirurgii trzustki, szczególnie po obwodowych resekcjach tego narządu, najpoważniejszym problemem pozostaje przetoka trzustkowa, która bywa przyczyną powikłań wtórnych, ze zgonem łącznie. W związku z tym w praktyce klinicznej stosuje się wiele metod zapobiegających powstawaniu przetoki trzustkowej, a jedną z nich stanowi naszywanie więzadła obłego na kikut trzustki. W ostatnim czasie coraz częściej podkreśla się w literaturze korzystny wpływ naszywania uszypułowanej łaty na kikut trzustki. W 2016 r. opublikowano wyniki randomizowanego, wieloośrodkowego badania DISCOVER. Autorzy podają, że naszywanie więzadła obłego na kikut trzustki zmniejsza występowanie klinicznie istotnej przetoki trzustkowej (B i C) oraz powikłań wtórnych.

Cel pracy

Celem badania była ocena skuteczności naszywania więzadła obłego na kikut trzustki w zapobieganiu powstawania przetoki trzustkowej oraz wpływu na stopień jej ciężkości.

Metodyka

Badaniem retrospektywnym objęto 30 chorych po obwodowej resekcji trzustki, operowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej WUM. Wykluczono chorych: przyjmujących leki immunosupresyjne i sterydy, po przebytych powikłanym zapaleniu trzustki, po operacjach trzustki, po sfinkterotomii oraz po protezowaniu przewodu Wirsunga. Przetokę trzustkową rozpoznano i ustalono stopień jej ciężkości (A, B, C) zgodnie z definicją opracowaną przez ISGPS.

Wyniki

Obwodową resekcję trzustki wykonano u 30 chorych z powodu guzów zlokalizowanych w trzonie lub ogonie trzustki. U 15 chorych na kikut trzustki naszyto więzadło obłe, u kolejnych 15 kikut trzustki obszyto ręcznie (grupa kontrolna). W grupie z naszytym więzadłem obłym przetoka trzustkowa wystąpiła u 13 z 15 chorych – w tym przetoka w stopniu A u 10 chorych, przetoka w stopniu B u 3, a przetoka w stopniu C nie wystąpiła u żadnego chorego. W grupie kontrolnej przetokę trzustkową stwierdzono u 14 z 15 chorych – przetokę w stopniu A u 10 chorych, przetokę w stopniu B u 3 chorych i przetokę w stopniu C u 1 chorej. Średni czas od operacji do wypisu w grupie badanej wynosił 15,8 dnia, natomiast w grupie kontrolnej – 16,8 dnia.

Wnioski

Naszywanie więzadła obłego nie zapobiega wystąpieniu przetoki trzustkowej, choć może mieć wpływ na ciężkość jej przebiegu. Wymaga to jednak dalszych badań.

OCENA CZĘSTOŚCI I TYPU MUTACJI GENU K-RAS W KOMÓRKACH RAKA JELITA GRUBEGO

Dariusz Cepowicz (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Mariusz Gryko (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Zbigniew Kamocki (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Monika Chomczyk (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Agata Dobrowolska (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Konrad Zaręba (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Bogusław Kędra (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Wstęp

Białka RAS regulują wzrost komórki, proliferację i różnicowanie. Gen dla białka *K-RAS* znajduje się na krótkim ramieniu 12. chromosomu i ulega mutacji w 20–50% przypadków raka jelita grubego. Jest czynnikiem predykcyjnym w terapii celowanej w raku jelita grubego.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena częstości występowania mutacji w kodonie 12. i 13. genu *K-RAS* w DNA, we fragmentach tkanek pochodzących z guzów nowotworowych od chorych na raka jelita grubego poddanych resekcji, oraz ocena zależności między pojawianiem się mutacji genu *K-RAS* a czynnikami kliniczno-morfologicznymi.

Metodyka

Badaniami objęto 95 pacjentów (53 mężczyzn i 42 kobiety) leczonych operacyjnie z powodu raka jelita grubego w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Z materiału pobranego do badań wyizolowano DNA, które poddano reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR), elektroforezie na żelu agarozowym z oczyszczeniem produktów, zastosowano PCR sekwencyjny z oczyszczaniem terminatorów po reakcji PCR i sekwencjonowanie.

Wyniki

Mutacje w obrębie kodonu 12. i 13. genu *K-RAS* u chorych na raka jelita grubego stwierdzono u 27% pacjentów, w tym u 27% chorych z guzem T3, u 30% z guzem T2, u 27% z guzem T2 i u 100% z guzem T1, u 60% chorych z przerzutami odległymi.

Wnioski

- 1) Nie stwierdzono zależności pomiędzy występowaniem mutacji genu *K-RAS* a płcią i wiekiem pacjenta, lokalizacją, stopniem zróżnicowania i wielkością guza, przerzutami do węzłów chłonnych.
- 2) Chorzy z przerzutami odległymi wykazywali większy odsetek mutacji w obrębie genu *K-RAS*.

PANKREATODUODENEKTOMIA SPOSOBEM WHIPPLE'A CZY CLAGETTA. KTÓRA METODA JEST BEZPIECZNIEJSZA ? WYNIKI LECZENIA CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU RAKA TRZUSTKI W LATACH 2011 – 2016 W KLINICE CHIRURGICZNEJ 4. WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU

Wiktor Pawłowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Dariusz Janczak (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Tadeusz Dorobisz (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Agnieszka Ziomek (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Michał Leśniak (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Maciej Malinowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Mariusz Chabowski (Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław; Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wstęp

Zapadalność na raka trzustki w Polsce wynosi 5,8/100 000 mężczyzn i 4/100 000 kobiet, a nowotwory pła trzustkowo-dwunastniczego stanowią ok. 3% wszystkich nowotworów, zajmując odpowiednio 6. i 7. miejsce w strukturze umieralności z powodu nowotworów. W chwili rozpoznania u 80–90% chorych stopień zaawansowania zmian uniemożliwia doszczętne wycięcie, zaś 80% chorych operowanych umiera w ciągu 2 lat. Przeżycia 5-letnie dotyczą 10–20% chorych. Metodą leczenia operacyjnego z wyboru jest zabieg pankreatoduodenektomii.

Cel pracy

Porównanie wyników leczenia chorych na raka trzustki operowanych metodą Whipple'a i Clagetta w Klinice Chirurgicznej IV Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu w latach 2011–2016.

Metodyka

Analizowano historie chorób pacjentów operowanych z powodu raka trzustki, z wykluczeniem laparotomii zwiadowczych, paliatywnych zespoła omijających oraz resekcji obwodowych trzustki. Oceniano: wiek, płeć, wyniki badań obrazowych, TK, ERCP, przebieg operacji, czas hospitalizacji z uwzględnieniem powikłań, zużycie preparatów krwio pochodnych, wielkość guza.

Wyniki

W latach 2011–2016 operowano 54 chorych (19 kobiet [K] vs 25 mężczyzn [M]), z czego 34 sp. Clagetta i 20 sp. Whipple'a. Średni wiek operowanych – 63,6 [K] i 62,1 [M] dla op. Clagetta oraz 49,6 [K] i 70 [M] dla op. Whipple'a. Śmiertelność okołoperacyjna wyniosła 7,4% (4 zgony). Odsetek powikłań w materiale kliniki – 34% dla op. Whipple'a i 35,5% dla op. Clagetta, okazał się porównywalny dla obu metod. Hospitalizacja po operacji metodą Clagetta była średnio o 2 dni krótsza niż po op. Whipple'a (17,9 vs 20,5 dnia).

Wnioski

Analizując wyniki operacji sp. Whipple'a i Clagetta, nie wykazano rzeczywistej przewagi żadnej z nich. Wybór rodzaju zespoła trzustki z przewodem pokarmowym zależy od warunków śródoperacyjnych i doświadczenia chirurga.

OTYŁOŚĆ, A OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI

Piotr Masiulaniec (Klinika Chirurgii Ogólnej – Olsztyn)

Jadwiga Snarska (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej – Olsztyn)

Krzysztof Jacyna (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Artur Zalewski (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Bartłomiej Biedziuk (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Maciej Michalak (Zakład Diagnostyki Obrazowej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Katarzyna Suszkiewicz-Kiliańczyk (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Maciej Kuciel (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Agata Kozłowska (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Jacek Grabania (Oddział Intensywnej Terapii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Wstęp

Otyłość jest jednym z czynników wpływających niekorzystnie nie tylko na współistnienie wielu schorzeń, ale także na ich powikłany przebieg, a dotyczy to na pewno umiarkowanych i ciężkich postaci ostrego zapalenia trzustki (OZT). Najnowsze badania Yoon S.B. i wsp. ze Szpitala Uniwersyteckiego w Korei opublikowane w tym roku wykazały, że proporcje ilości tłuszczu trzewnego do masy mięśniowej są silnie skorelowane z ciężkim przebiegiem ostrego zapalenia trzustki.

Cel pracy

Celem analizy była ocena chorych z otyłością, u których wystąpiło OZT o umiarkowanym i ciężkim przebiegu.

Metodyka

W badaniach uwzględniono, poza BMI, również profil lipidowy chorych, a także zmiany morfologiczne w obrazie TK jamy brzusznej według Balthazara w odniesieniu do parametrów biochemicznych zapalenia. Analizie poddano 27 chorych z umiarkowaną i ciężką postacią OZT, u których BMI wynosiło > 30. Grupa ta była leczona w ostatnim 10-leciu w Klinice Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego Wydziału Nauk Medycznych i na Oddziale Intensywnej Terapii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Olsztynie. Grupę I stanowiło 12 chorych z umiarkowaną postacią OZT, natomiast grupa II to 15 chorych z ciężką postacią ostrego zapalenia tego gruczołu.

Wyniki

W obu grupach zaobserwowano zdecydowanie zaburzony profil lipidowy ze szczególnym wzrostem trójglicerydów w grupie II, co korelowało ze zmianami morfologicznymi w skali Balthazara D3 i E4. Zarówno w grupie I, jak i II znajdowali się chorzy z otyłością, aż po otyłość olbrzymią. Wraz ze zwiększonym BMI bardziej nasilone były objawy niewydolności narządowej (w I grupie dotyczyło to jednego układu: oddechowego lub wydalinowego, a w II grupie zwykle już 2 lub 3). W trakcie wdrożonego leczenia również w I i II grupie chorych z olbrzymią otyłością obserwowano wyraźnie zwiększone wahania glikemii oraz trudności z jej normalizacją. Ponadto u tych chorych szybciej obniżały się stężenia albumin w surowicy krwi, narastał płyn w jamach opłucnowych, tworzyły się zbiorniki płynowe i zdecydowanie szybciej dochodziło do niewydolności oddechowej w postaci ARDS. Tym wszystkim objawom towarzyszyły również szybciej narastające obrzęki obwodowe. Zarówno w grupie I (4), jak i II (6) wystąpiły zejścia śmiertelne, przy czym w największym odsetku dotyczyło to chorych z przekroczonym BMI (powyżej 37).

Wnioski

Olbrzymia otyłość ma istotny wpływ na przebieg i rokowanie w OZT, w związku z czym wskazane jest poszukiwanie skutecznych metod i technik leczenia operacyjnego tej grupy chorych.

UCHYLEK ZENKERA. DOŚWIADCZENIA WŁASNE W LECZENIU CHIRURGICZNYM DUŻYCH UCHYLEKÓW

Renata Taboła (Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Andrzej Lewandowski (Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Bartłomiej Strzelec (Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Paweł Zarębski (Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Kamila Fudalej (Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Krzysztof Grabowski (Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wstęp

Dostępnych jest wiele randomizowanych klinicznych badań, które w leczeniu uchyłków Zenkera faworyzują małoinwazyjne endoskopowe techniki, takie jak staplerowa lub laserowa diverticulostomia. Uważa się, że powodują one mniej powikłań, przy jednoczesnym takim samym rezultacie leczenia jak w przypadku klasycznego dostępu szyjnego. Niezależnie od wybranej metody miotomia mięśnia pierścienno-gardłowego zawsze pozostaje kluczowym elementem terapii.

Cel pracy

Celem badania retrospektywnego było wykazanie, że wycięcie uchyłka z dostępu wzdłuż mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego w wybranych przypadkach nadal może być leczeniem z wyboru, które przy odpowiednim doborze pacjentów pozostaje tak samo bezpieczne jak endoskopowe techniki małoinwazyjne.

Metodyka

Do badań włączono 44 pacjentów (26 kobiet i 18 mężczyzn), którzy przeszli zabieg klasycznego wycięcia uchyłka w Klinice Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach 2007–2016. Uchylek Zenkera oceniano, mierząc długość przegrody (odległość pomiędzy wrotami uchyłka a jego dnem) w badaniu kontrastowym przełyku. Ponadto pacjentom młodszym niż 70 lat (53,7% badanych pacjentów) wykonywano gastroskopię w celu oceny błony śluzowej przełyku i żołądka. Wielkość uchyłka, wiek pacjentów oraz wyniki leczenia operacyjnego poddano analizie statystycznej, używając testu t-Studenta w programie Statistica 12.5. Istotność statystyczną określono jako $p < 0,05$.

Wyniki

Badanie histopatologiczne w każdym przypadku wykazało przewlekłe zapalenie usuniętego uchyłka. Średni wiek pacjentów równał się 64,6 lat (SD: $\pm 11,9$; zakres: 26–88), a średni czas operacji wyniósł 80 minut (SD: 18,8; zakres 50–135). Śmiertelność pooperacyjna wyniosła 0%, porażenie nerwu krtaniowego – 0%, a krwawienie wymagające ponownej interwencji chirurgicznej – 2,3%.

Wnioski

Leczenie chirurgiczne uchyłków Zenkera należy zindywidualizować. Wycięcie i miotomia z dostępu klasycznego powinny stać się podstawową terapią u pacjentów z dużym uchyłkiem, z przegrodą powyżej 6 cm długości i niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym. W przypadku niepowodzenia metody endoskopowej (niepełna miotomia, szczególnie u pacjentów z uchyłkiem < 3 cm) lub z pozostawieniem przegrody przy dużych uchyłkach należy liczyć się z koniecznością wykonania kolejnych interwencji, które mogą być bardziej skomplikowane i obciążone większym ryzykiem powikłań.

WYNIKI WCZESNE LECZENIA CHIRURGICZNEGO NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH DRÓG ŻÓŁCIOWYCH - DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Bartosz Kaczmarek (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Magdalena Żukowska (Wojewódzki Szpital Zespolony – Szczecin)

Piotr Krajewski (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Józef Duber (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Rafał Uciński (Zachodniopomorskie Centrum Onkologii – Szczecin)

Wstęp

Od 1 stycznia 2008 r. do 1 stycznia 2017 r. w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii wykonano 53 radykalne zabiegi chirurgiczne dróg żółciowych.

Cel pracy

Wykazanie, że technika operacyjna ma wpływ na występowanie powikłań pooperacyjnych, a wyniki odległe są uzależnione od właściwego doboru zakresu resekcji.

Metodyka

Przeanalizowano 53 operacje, do których wskazaniem były pierwotne nowotwory wewnątrz- i zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych: 36 operacji raka pęcherzyka żółciowego, 5 operacji raka przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych, 4 operacje raka przewodu żółciowego wspólnego i 8 operacji raka brodawki Vatera.

Wykonano:

- 1) 8 dużych resekcji wątroby (hemihepatektomie, hemihepatektomie poszerzone, w tym hemihepatektomia z wycięciem zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych);
- 2) 32 resekcje mniejsze (bisegmentektomie, trisegmentektomie, resekcje centralne wątroby, w tym bisegmentektomia z wycięciem zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych);
- 3) 1 cholecystektomia z wycięciem zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych;
- 4) 10 pankreatoduodenektomii sposobem *Traverso-Longmire'a*;
- 5) 1 pankreatoduodenektomia sposobem *Whipple'a*;
- 6) 1 pankreatektomia całkowita ze splenektomią i cholecystektomią.

Wyniki

Powikłania wczesne wystąpiły u 23 operowanych (43%), u 18 wystąpiło więcej niż 1 powikłanie:

- niewydolność oddechowa – 14 operowanych;
- niewydolność nerek – 2 operowanych;
- sepsa – 3 operowanych;
- zapalenie płuc – 1 operowany;
- zakażenie rany pooperacyjnej – 4 operowanych;
- krwawienie dootrzewnowe wymagające reoperacji – 1 operowany;
- wstrząs krwotoczny – 1 operowany.

Nie odnotowano przypadków zgonów okołoperacyjnych.

Powikłania późne – wznowa, rozejście zespolenia, ropień, krwaki i perforacja jelita cienkiego, wystąpiły u 3 operowanych, a zgon u 5 operowanych (9,4%).

Wnioski

Odpowiedni dobór zakresu resekcji, stosowane techniki operacyjne i opieka pooperacyjna umożliwiają skuteczne leczenie chirurgiczne z niskim odsetkiem powikłań wczesnych.

BADANIE EKSPRESJI WYBRANYCH MICRORNA W ŚCIANIE JELITA, MARGINESACH CHIRURGICZNYCH ORAZ SUROWICY U PACJENTÓW Z CHOROBYMI ZAPALNYMI JELIT

Agnieszka Surowiecka-Pastewka (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Marek Durlik (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Małgorzata Zagozda (Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN – Warszawa)

Katarzyna Gardian (Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN – Warszawa)

Tomasz Chełchowski (Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Wstęp

Leczenie biologiczne zmienia profil pacjentów operowanych z powodu nieswoistych zapaleń jelit. Dlatego pojawia się konieczność poszukiwania nowych czynników warunkujących wyniki operacji.

Cel pracy

Celem badania była ocena korelacji ekspresji microRNA (miRNA-155, miRNA-21, miRNA-29, miRNA-188) z ciężkością przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ), skutecznością leczenia biologicznego oraz ryzykiem powikłań chirurgicznych.

Metodyka

Ekspresję wybranych microRNAs oznaczano u chorych operowanych z powodu NChZJ w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Śródoperacyjnie pobierano krew obwodową w tkankę jelitową (zmienione chorobowo jelito oraz margines chirurgiczny). W kolejnym etapie oznaczano ekspresję mRNA przy pomocy techniki *real-time* PCR. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie badania.

Co roku operowanych jest w Klinice ponad 100 pacjentów z NChZJ. Do badania pilotażowego włączono 33 chorych operowanych w Klinice od listopada 2016 r. do kwietnia 2017 r.

Wyniki

Średni wiek pacjentów wynosił 34 lata. Czas trwania choroby to ok. 5 lat. U większości pacjentów występowały objawy ciężkiego zaostrzenia (CDAI > 150), a 2/3 operacji wykonano w trybie pilnym. Stomie wyłoniono w ponad połowie przypadków. W 60% przypadków pojawiały się przetoki lub ropnie. Ekspresja mRNA-155, miRNA-21, miRNA-29 i miRNA-188 w tkance jelita oraz we krwi obwodowej korelowały z ciężkością przebiegu choroby oraz z ryzykiem wyłonienia stomii.

Wnioski

Leczenie biologiczne stało się bardziej powszechne i spowodowało zmianę profilu operowanych pacjentów. Coraz częściej chirurgicznie leczeni są pacjenci wyniszczeni, z powikłaniami choroby (ropniami, przetokami). Ekspresja wybranych microRNA w jelicie i krwi obwodowej wiąże się z ciężkością przebiegu NChZJ. Wyniki badania pilotażowego pokazują, że ekspresja wybranych mRNA może wpłynąć na wybór metody leczniczej (farmakoterapia vs leczenie operacyjne) lub na wybór metody chirurgicznej (resekcja z zespoleniem lub z wyłonieniem).

HYBRYDOWE ZABIEGI PROKTOKOLEKTOMII ODTWÓRCZEJ Z „J-PAUCH” - ANALNYM ZESPOLENIEM W CHOROBAH JELITA GRUBEGO

Izabela Paszkiewicz (Copernicus Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Marek Dobosz (Copernicus Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Tomasz Wysocki (Copernicus Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Wiesław Nowobilski (Copernicus Podmiot Leczniczy – Gdańsk)

Cel pracy

Celem pracy jest opisanie wykorzystania laparoskopii w proktokolektomiach z „J-pouch”-analnym zespoleniem u pacjentów dotkniętych wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i polipowatością rodzinną.

Metodyka

Od 2004 r. do 2017 r. 38 pacjentów poddano laparoskopowej proktokolektomii, zakończonej zespoleniem „J-pouch”-analnym i ileostomią – ze wskazań wynikających z rozwoju wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (32 przypadki) lub zdiagnozowanej rodzinnej polipowatości jelita grubego (6 przypadków). Zabieg rozpoczynał się częścią laparoskopową: po insuflacji z wykorzystaniem 4 troaków w miejscach typowych dokonywano uwolnienia zagięcia wątrobowego i śledzionowego okrężnicy oraz odcięcia okrężnicy od krezki. Następnie, cięciem Pfannenstiela, wycinano prostnicę zgodnie z procedurą TME, usuwano cały preparat i tworzone zbiornik „J-pouch” z dystalnego jelita krętego, który ostatecznie zespalano transanalnie staplerem lub manualnie pojedynczymi szwami PDS 4/0. Zabieg kończyło wytworzenie ileostomii czasowej.

Wyniki

Odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego dokonywano średnio po ok. 6 tygodniach. W grupie pacjentów znalazło się 20 kobiet i 18 mężczyzn, średnia wieku równała się 33,5 roku (rozpiętość 15–64 lat). Nie zaobserwowano powikłań śródoperacyjnych, nie doszło do konwersji, żaden pacjent nie wymagał przetoczenia preparatów krwi. Średni czas operacji wyniósł 4,08 godzin (rozpiętość 2,5–6 godzin), a średni okres pobytu w szpitalu – 15,4 dnia (rozpiętość 8–24 dni). Zanotowano 3 poważniejsze powikłania w przebiegu pooperacyjnym wymagające interwencji: 2-krotnie doszło do niedrożności jelita cienkiego z powodu zrostów pooperacyjnych oraz do skrętu jelita. W 1 przypadku pojawiła się infekcja rany pooperacyjnej i stomijnej wygojonej po wcześniejszym zamknięciu ileostomii.

Wnioski

Hybrydowy zabieg proktokolektomii odtwórczej jest operacją dostępną, bezpieczną i lepiej akceptowaną ze względu na małoinwazyjność. Wraz z nabywaniem doświadczenia stał się standardem postępowania operacyjnego, wypierając metodę chirurgii otwartej.

PANKREATODUODENECTOMIA Z JEDNOCZASOWYM PRZESZCZPEM AORTALNO-WĄTROBOWYM U CHOREGO Z NIEDROŻNOŚCIĄ PNIA TRZEWNEGO – PREZENTACJA PRZYPADKU

Marcin Radoch (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny – Warszawa)

Gustaw Lech (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny – Warszawa)

Jerzy Leszczyński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny – Warszawa)

Waldemar Macioch (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny – Warszawa)

Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny – Warszawa)

Wstęp

Pankreatoduodenektomia jest jedną z najrozleglejszych operacji w chirurgii jamy brzusznej. U pacjentów poddawanych tej operacji może dochodzić do poważnych powikłań w zakresie krążenia wątrobowego w przypadku nierozpoznanego choroby naczyniowej, np. niedrożności pnia trzewnego.

Cel pracy

Autorzy prezentują rzadki przypadek kliniczny pacjenta z rozpoznaniem guzem głowy trzustki, u którego w trakcie laparotomii stwierdzono niedrożność pnia trzewnego.

Opis przypadku

77-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej z powodu guza głowy trzustki, w celu leczenia operacyjnego. Miesiąc wcześniej chory był hospitalizowany w innym szpitalu, w którym wykonano endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną z protezowaniem dróg żółciowych protezą samorozprężalną. Przy przyjęciu chory był w stanie ogólnym dobrym, bez żółtaczki. Śródoperacyjnie stwierdzono twardą, guzowatą zmienioną głowę trzustki, potwierdzono resekcyjność guza. Wykonano cholecystektomię z powodu ropniaka pęcherzyka żółciowego. Po założeniu klemu naczyniowego na tętnicę żołądkowo-dwunastniczą stwierdzono zanik tętna na tętnicy wątrobowej właściwej. Uwidoczniono przebieg gałęzi pnia trzewnego, nie stwierdzając zespołu więzadła łukowatego.

Wobec powyższego odstąpiono od dalszej operacji ze względu na konieczność wykonania diagnostyki naczyniowej. Po operacji przeprowadzono arteriografię, w której uwidoczniono niedrożność pnia trzewnego bez możliwości interwencji wewnątrznaczyniowej. Po przygotowaniu chory został ponownie zakwalifikowany do operacji. Wykonano przeszczep aortalno-wątrobowy z żyły odpiszczelowej oraz pankreatoduodenektomię sposobem Whipple'a. Po zabiegu chory był w stanie ogólnym dobrym. W 16. dobie od operacji chory został doraźnie zoperowany z powodu tętniczego krwotoku septycznego w okolicy zespolenia trzustkowo-jelitowego. Wykonano podkucie krwawiącego naczynia tętniczego. Po zabiegu przeprowadzono kontrolną arteriografię, w której nie stwierdzono cech krwawienia. Dalszy przebieg pooperacyjny powikłany był zakażeniem rany pooperacyjnej leczonym zachowawczo. Po 2 miesiącach hospitalizacji pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

Wnioski

Diagnostyka obrazowa przed planowaną operacją guza głowy trzustki powinna obejmować nie tylko wstępną ocenę resekcyjności guza, ale również ocenę wydolności krążenia trzewnego (rekonstrukcje gałęzi pnia trzewnego i tętnicy kręzkowej górnej) w celu uniknięcia groźnych dla zdrowia i życia pacjenta powikłań.

ZASTOSOWANIE UREAZOWEGO TESTU ODDECHOWEGO DO WYKRYWANIA ZAKAŻENIA *HELICOBACTER PYLORI*

Łukasz Nawacki (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Agata Czyż (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Piotr Bryk (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Dorota Kozieł (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Jarosław Matykiewicz (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Stanisław Głuszek (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Wstęp

Helicobacter pylori jest zaliczany przez International Agency for Research on Cancer (IARC) do pierwszej grupy karcynogenów. W związku z tym infekcja patogenem tego typu ściśle łączy się z częstotliwością występowania raka żołądka w populacji, a jego eradykacja jest niezbędna do zmniejszenia zachorowalności na ten rodzaj nowotworu. Mimo spadającej liczby nowych zachorowań na raka żołądka nadal pozostaje on w czołówce nowotworów, zarówno pod względem zachorowalności, jak i umieralności. Diagnostykę zakażenia *H. pylori* dzielimy na dwa rodzaje: metody inwazyjne, do których należy badanie endoskopowe z hodowlą bakterii na pożywkę, szybkim testem ureazowym, badaniem histopatologicznym lub diagnostyką molekularną, oraz metody nieinwazyjne, do których należą testy oddechowe, badanie stolca na obecność antygenów, biomarkery serologiczne.

Cel pracy

Celem pracy była analiza czułości i swoistości ureazowego testu oddechowego z węglem C13 u pacjentów hospitalizowanych z powodu dolegliwości bólowych nadbrzusza oraz objawów dyspeptycznych.

Metodyka

Do badania włączono 50 chorych, u których występowały dolegliwości typowe dla chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego. U każdego chorego przeprowadzono ure-

azowy test oddechowy, według instrukcji załączonej przez producenta. Następnie każdy chory włączony do grupy badanej poddany został badaniu endoskopowemu górnego odcinka przewodu pokarmowego z pobraniem wycinków w celu oznaczenia w nich aktywności ureazy.

Wyniki

W grupie badanej u 14 chorych (28%) uzyskano dodatni wynik ureazowego testu oddechowego oraz potwierdzenie w pobranych podczas gastroskopii wycinkach. 4 pacjentów (8%), mimo dodatniego testu oddechowego, nie miało pozytywnego wyniku w pobranych na aktywność ureazy wycinkach z błony śluzowej żołądka. U 2 chorych (4%), mimo ujemnego wyniku ureazowego testu oddechowego, w pobranych podczas gastroskopii wycinkach potwierdzono aktywność ureazy. Pozostałych 30 chorych (60%) miało ujemny wynik w obu wykonanych badaniach.

Wnioski

Ograniczenie dostępności złotego standardu diagnostyki chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego, jakim jest gastroskopia, stanowi podstawę do poszukiwania nowych metod wykrywalności zakażenia *Helicobacter pylori*. Oddechowy test ureazowy jest metodą o wysokiej czułości i swoistości wykrywania infekcji. Pozytywny wynik ureazowego testu oddechowego może stanowić podstawę do włączenia leczenia eradykacyjnego.

PACJENT Z KRWAWIENIEM Z GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO – ANALIZA DOŚWIADCZEŃ WŁASNYCH NA PODSTAWIE MATERIAŁU KLINIKI CHIRURGII 4 WOJSKOWEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU

Paweł Marschollek (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)
Wojciech Bąkowski (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)
Katarzyna Bąkowska (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)
Karol Marschollek (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)
Marcin Owczarzak (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)
Mariusz Chabowski (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)
Dariusz Janczak (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wstęp

Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) występuje u 1,5–8,5% populacji przynajmniej raz w życiu. Śmiertelność szacuje się na ok. 10%, a gdy źródłem krwawienia są żylaki przełyku, może być nawet dwukrotnie większa. Postępowaniem z wyboru jest leczenie zachowawcze oraz endoskopowe zaopatrzenie krwawienia.

Cel pracy

Epidemiologiczna charakterystyka pacjenta z krwawieniem z GOPP, ze szczególnym uwzględnieniem przebiegu hospitalizacji w zależności od źródła krwawienia.

Metodyka

Retrospektywna analiza dokumentacji medycznych 200 hospitalizacji z powodu krwawienia z GOPP pochodzących z Kliniki Chirurgii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu z lat 2011–2016. 75% pacjentów stanowili mężczyźni, średnia wieku – 63,6 lat. Wyniki poddano analizie statystycznej, przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Pacjenci w przebiegu krwawienia prezentowali najczęściej stolce smoliste (48,8%) oraz krwawe (37,2%) lub fusowate wymioty (26,2%). Wśród chorób współistniejących przeważało nadciśnienie tętnicze (38,3%), alkoholizm (30,9%) i nikotynizm (22,8%). 16,6% pacjentów przyjmowało przed hospitalizacją ASA w dawce profilaktycznej, 14% regularnie zażywało NLPZ. 69% krwawień zaopatrzone endoskopowo, w 21,5% przypadków wystarczające było leczenie zachowawcze. W 6% hospitalizacji podjęto od razu leczenie operacyjne, a w 3,5% – dopiero po nieudanej próbie leczenia endoskopowego. Określono najczęstsze źródła krwawienia: wrzód żołądka – 28,5%, wrzód dwunastnicy – 24%, żylaki przełyku – 15,5%, guz żołądka – 7,5%, zespół Mallory’ego-Weissa – 4%. U pacjentów uzależnionych od alkoholu największy odsetek stanowiły żylaki przełyku (37%). 8% hospitalizacji zakończyło się zgonem. Średnia długość hospitalizacji wyniosła 4,1 dnia. Średnio przetoczono 4 j. ME i 3 j. FFP. W przebiegu leczenia wykazano istotne statystycznie zmiany w badaniach laboratoryjnych krwi. Średnia wartość hemoglobiny przy przyjęciu różniła się znacząco w zależności od źródła krwawienia ($p < 0,001$).

Średnia długość hospitalizacji nie różniła się znacząco w zależności od źródła krwawienia ($p = 0,45$). Nie wykazano istotnego udziału żadnego czynnika etiologicznego krwawienia w zależności od płci pacjenta.

Wnioski

Ze względu na typowe objawy rozpoznanie krwawienia z GOPP nie stanowiło zazwyczaj trudności (prawie 92% pacjentów podawało krwiste wymioty lub stolce). W większości przypadków wystarczającym postępowaniem było leczenie zachowawcze oraz endoskopowe opanowanie krwawienia.

CHIRURGICZNE LECZENIE POWIKŁAŃ OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI W MATERIALE KLINIKI

Łukasz Gabiec (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Zbigniew Kamocki (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Konrad Zaręba (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Agata Dobrowolska (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Bogusław Kędra (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Wstęp

Ostre zapalenie trzustki to choroba związana z przedwczesną aktywacją proenzymów trzustkowych, spowodowaną najczęściej przez kamice dróg żółciowych i nadużywanie alkoholu. W trakcie tego procesu dochodzi do różnego stopnia uszkodzeń sąsiadujących tkanek oraz narządów. W związku z wieloma powikłaniami OZT niezwykle ważny jest dobór metody leczenia w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie metod leczenia ostrego zapalenia trzustki oraz związanych z nim powikłań na podstawie materiału własnego.

Metodyka

W latach 2012–2017 w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku leczono 68 chorych z ciężką postacią OZT. 43 chorych w tej grupie stanowili mężczyźni, a 25 – kobiety. Średnia wieku wynosiła 50 lat.

Wyniki

Wszyscy chorzy wymagali intensywnego leczenia zachowawczego. Z uwagi na wysokie ciśnienie wewnątrzbrzuszne 40 chorym założono dreny typu *pig tail* do ostrych zbiorników okołotrzustkowych. U 10 pacjentów wystąpiło zakażenie martwicy okołotrzustkowej. W grupie tej u 5 chorych zakażone zbiorniki płynowe drenowano przez skórę. Kolejnych 5 chorych operowano w okresie 10–12 tygodni po leczeniu zachowawczym. Nekrozektomię z drenażem z dostępu zaotrzewnowego wykonano u 3 chorych, a u 2 chorych zastosowano metodę *open abdomen*. U 11 chorych obserwowano przetrwałe torbiele ogona i/lub trzonu, a u 6 – głowy trzustki, które operowano w odstępie 1–2 lat po OZT. Nie stwierdzono śmiertelności okołooperacyjnej.

Wnioski

Rekomendujemy zachowawcze leczenie OZT oraz odroczone zabiegi operacyjne w jej powikłaniach z przewagą metod małoinwazyjnych.

GUZY STROMALNE ŻOŁĄDKA -WCZESNA OCENA OPERACJI LAPAROSKOPOWYCH

Roman Czarnecki (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Kamil Dąbrowski (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Marek Zawadzki (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Marek Rząca (Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

Nowotwory podścieliskowe (Gastrointestinal Stromal Tumor – GIST) stanowią grupę rzadkich nowotworów przewodu pokarmowego.

Cel pracy

Laparoskopowa resekcja żołądka jako metoda z wyboru w leczeniu GIST-ów żołądka.

Metodyka

Na podstawie przedstawionego materiału opisano rozpoznanie i leczenie (w latach 2015–2017) 4 chorych z guzami stromalnymi żołądka. Wszystkie guzy wykryto na podstawie badań endoskopowych, tomografii komputerowej, histopatologii i immunochemii. Chorych poddano laparoskopowej resekcji żołądka – guzy wycięto radykalnie, z marginesami histopatologicznymi wolnymi od choroby nowotworowej.

Wyniki

W przypadku 1 guza jego średnica, według przyjętych wskazań do laparoskopii, była graniczna – 5 cm. U 1 chorego konieczne stało się wykonanie endoskopii śródoperacyjnej ze względu na trudności związane z oceną położenia guza. Średni czas operacji wynosił

2–2,5 godziny. Do wyjęcia preparatów wykorzystywano GelPort. Przebieg pooperacyjny u wszystkich chorych był niepowikłany. We wczesnej obserwacji w badaniu gastroskopowym nie stwierdzono cech nawrotu miejscowego.

Wnioski

Pacjentów z rozpoznanymi guzami stromalnymi żołądka należy kwalifikować w pierwszej kolejności do laparoskopowej resekcji żołądka ze względu na mniejszą inwazyjność procedury.

THE DECREASED SERUM CONTENT OF POLYUNSATURATED FATTY ACIDS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS

Adriana Mika (Department of Pharmaceutical Biochemistry MUG – Gdańsk)

Tomasz Śledziński (Department of Pharmaceutical Biochemistry MUG – Gdańsk)

Jarosław Kobiela (General, Endocrinological and Transplantological Surgery Clinic GUMED – Gdańsk)

Introduction

Colorectal cancer (CRC) is the second main cause of death among oncological patients. The dysregulation of lipid metabolism and function is known to contribute to CRC development, and it may potentially serve as a therapeutic and prognostic marker. Fatty acids (FA) are the basic component of almost all serum lipids and alterations of their serum composition may significantly influence patient's health.

Aim

The aim of the study was to determine the changes of FA composition in serum of CRC patients.

Methods

Serum FA concentration was measured by GC-MS in serum of CRC patients and control subjects.

Results

Significant differences in the composition of fatty acids in serum of healthy subjects and CRC patients were observed. Whereas the levels of total serum saturated and monounsaturated fatty acids were not significantly different between CRC patients and healthy subjects, both omega-3 and omega-6 polyunsaturated fatty acids were significantly lower in CRC patients.

Conclusions

As polyunsaturated acids, especially omega-3 fatty acids, fulfill many important functions in human organism such as anti-inflammatory and insulin-synthesizing functions, and are components of many important biologically active compounds, their deficiency may have adverse effects on patients with CRC. Thus, the recommendation of polyunsaturated fatty acids supplementation should be considered in CRC patients.

NIESZCZELNOŚĆ ZESPOLENIA PRZEŁYKOWO- JELITOWEGO PO CAŁKOWITEJ LUB PRAWIE CAŁKOWITEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA Z POWODU RAKA

Łukasz Nawacki (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Jakub Kuchinka (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Jarosław Matykiewicz (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Marta Kot (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Iwona Wawrzycka (Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony – Kielce)

Stanisław Głuszek (Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego – Kielce)

Wstęp

Rak żołądka jest czwartym najczęstszym nowotworem i drugą najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób nowotworowych. Co roku notuje się ok. 990 000 nowych zachorowań na świecie, a śmiertelność w 2015 r. wynosiła 754 000 osób. Chirurgia znajduje zastosowanie w każdym stadium choroby. W zaawansowanym raku żołądka metodą zupełnego wyleczenia staje się całkowite lub prawie całkowite usunięcie żołądka, które obarczone jest znaczną liczbą powikłań. Do najpoważniejszych komplikacji tego zabiegu należy nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego.

Cel pracy

Celem pracy była analiza aktualnych metod leczenia nieszczelności zespolenia przełykowo-

-jelitowego po całkowitym lub prawie całkowitym usunięciu żołądka z powodu raka, ze szczególnym uwzględnieniem zastosowania protezy samorozprężalnej.

Metodyka

Do badania włączono 4 chorych, u których po gastrektomii wystąpiła nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego lub przełykowo-żołądkowego. Dokonano analizy stopnia zaawansowania klinicznego i patologicznego nowotworu, czasu hospitalizacji, czasu wystąpienia przetoki, jej objawów, czasu wydzielania i gojenia oraz zastosowanych metod leczenia.

Wyniki

Stopień zaawansowania nowotworów u pacjentów był następujący: T1 (kobieta, lat 72), T2 (mężczyźni, lat 72 i 73), T3 (mężczyzna, lat 67). Nieszczelność zespolenia u 3 chorych wystąpiła w 6. dobie po operacji. W 1. przypadku u chorego wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej, 2. pacjent był bezobjawowy, a obecność przetoki wykazano w radiologicznej próbie szczelności. U 3. chorego wystąpiły objawy septyczne. Ostatni chory w 7. dobie po gastrektomii wymagał pilnej relaparotomii celem opanowania krwotoku do jamy brzusznej, a objawy nieszczelności zespolenia wystąpiły u niego w 5. dobie po relaparotomii (12. doba od gastrektomii). Czas hospitalizacji sięgał od 14 do 80 dni. U wszystkich chorych stosowano leczenie kompleksowe z intensywnym żywieniem pozajelitowym, stosowaniem leków hamujących wydzielanie peptydów żołądkowo-jelitowo-trzustkowych oraz antybiotyków. Uzupełnieniem leczenia było założenie protezy samorozprężalnej w miejsce nieszczelności zespolenia z dobrym skutkiem.

Wnioski

Nieszczelność zespolenia po zabiegu całkowitego lub prawie całkowitego usunięcia żołądka znacznie obniża jakość życia oraz pogarsza rokowanie. Zastosowanie protezy samorozprężalnej stanowi korzystną opcję terapeutyczną w leczeniu tego rodzaju powikłania.

POWIKŁANIA PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH GUZÓW JELITA U PACJENTÓW OTYŁYCH

Jakub Majewski (Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Adam Kurek (Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego – Katowice)

Marcin Gierek (Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Gabriela Ochała (Szpital Miejski – Sosnowiec)

Józef Kurek (Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Wstęp

Zabiegi operacyjne pacjentów otyłych (BMI > 30) zdarzają się coraz częściej. W społeczeństwie lawinowo rośnie wskaźnik BMI, co staje się wyzwaniem dla lekarzy każdej specjalności. Zabieg operacyjny u osób tak otyłych może być bardziej powikłany. Często pojawiającymi się powikłaniami są przepukliny brzuszne i zakażenia ran operacyjnych. Przeanalizowano bazę danych 182 pacjentów operowanych w ciągu ostatnich 10 lat w Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie, a następnie zestawiono otrzymane wyniki celem analizy.

Cel pracy

Celem pracy była analiza powikłań u pacjentów otyłych poddanych dużym zabiegom operacyjnym. Analizując powikłania, które pojawiły się u pacjentów, skupiono się na czasie zabiegu operacyjnego oraz długości hospitalizacji pacjenta. Dane te mogą pomóc w ustaleniu konsensu hospitalizacji pacjentów otyłych oraz minimalizacji ilości powikłań.

Metodyka

Zebrano i przeanalizowano istotne dla zabiegu operacyjnego dane z ostatnich 10 lat, biorąc pod uwagę długość zabiegu operacyjnego, długość pobytu pacjenta w szpitalu, konieczność reoperacji, pojawienie się powikłań pooperacyjnych. Wyniki zbadano przy użyciu programu statystycznego SPSS 17 i przedstawiono w pracy za pomocą diagramów oraz tabel pokazujących statystycznie istotne różnice.

Wyniki

Po przeanalizowaniu danych stwierdzono, iż zabiegowi operacyjnemu poddanych zostało 182 pacjentów. W grupie chorych z BMI < 30 znalazło się 149 pacjentów, jednak badaną grupę zredukowano do losowo wybranych 33 pacjentów celem otrzymania porównywalnych grup. W grupie o BMI > 30 znalazło się 33 chorych. Średnia długość zabiegu operacyjnego wyniosła 155 minut, średnia długość hospitalizacji 10 dni, a średnia utrata krwi podczas zabiegu – 190 ml. W grupie tej stwierdzono 2 przypadki rozejścia zespolenia.

W grupie o przekroczonym BMI pacjenci byli hospitalizowani przez średnio 12 dni, długość zabiegu obliczono na 180 minut, a utratę krwi – średnio na 258 ml. Stwierdzono 1 rozejście zespolenia.

Wnioski

- 1) Zabieg operacyjny u osoby otyłej może trwać dłużej.
- 2) Zabieg operacyjny u osoby otyłej obarczony jest ryzykiem większego krwawienia oraz dłuższej hospitalizacji.

ZASTOSOWANIE ŚRÓDOPERACYJNEJ ULTRASONOGRAFII (IOUS) W LECZENIU POWIKŁANYCH PRZYPADKÓW OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA TRZUSTKI

Grzegorz Ćwik (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Michał Solecki (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Justyna Wyroślak-Najs (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Zarówno ostre, jak i przewlekłe stany zapalne trzustki prowadzą często do powstania powikłań, które współcześnie rozwiązuje się na drodze zabiegów endoskopowych oraz operacyjnych. Śródoperacyjna ultrasonografia (IOUS) w wielu przypadkach umożliwia prawidłowe określenie rozległości zmian chorobowych, pozwala na bezpieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz skrócenie czasu jego trwania.

Cel pracy

W Klinice, w której pracują autorzy, śródoperacyjne badanie ultrasonograficzne jest wykorzystywane w codziennej praktyce. W niniejszej pracy zaprezentowano doświadczenia własne autorów w stosowaniu tej techniki obrazowania.

Metodyka

Badania śródoperacyjne wykonywał chirurg, który dokonywał ich oceny przed zabiegiem, co umożliwiło weryfikację rozpoznań. Przytoczony materiał dotyczy 145 procedur IOUS wykonywanych w trakcie laparotomii z powodu zmian chorobowych trzustki, w tym 57, gdzie procedurę zastosowano w przypadku procesu zapalnego.

Wyniki i wnioski

IOUS jest wiarygodnym badaniem w ocenie ostrych zmian zapalnych w trzustce, ale przede wszystkim w trakcie operacji przewlekłego, objawowego zapalenia trzustki. Prawidłowo wyznacza zakres planowanej operacji. Badanie różnicuje zmiany torbielowate i guzy o torbielowatym charakterze, określając prawidłowy sposób drenażu, lub weryfikuje wskazania do wycięcia zmiany chorobowej. Służy ocenie miejsca i zakresu operacji drenażowych w przypadku nadciśnienia w drogach trzustkowych, spowodowanego zwapnieniami miększu lub kamicą przewodową w przebiegu przewlekłego zapalenia trzustki. W przypadku raka trzustki – weryfikuje stan miejscowego zaawansowania zmian guzowatych, pozwala na ocenę zajęcia naczyń okołotrzustkowych i węzłów chłonnych oraz obecności przerzutów miejscowych i odległych, w tym w obrębie wątroby. IOUS znacznie poprawia skuteczność śródoperacyjnej BACC oraz aspiracji lub drenażu zbiorników płynowych.

ROPNIE WĄTROBY NA TLE MASYWNEJ KAMICY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH - OPIS PRZYPADKU

Maciej Liebner (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Jerzy Banaszek (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Pacjent, 43-letni mężczyzna obciążony cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, po lobektomii płuca prawego z powodu Ca, przebytej cholecystektomii laparoskopowej i protezowaniu dróg żółciowych, został przyjęty na oddział chirurgii ogólnej z powodu dolegliwości bólowych brzucha z gorączką.

W wykonanym ERCP stwierdzono kamice przewodową. Ewakuowano złoże oraz wymieniono protezę dróg żółciowych. Nadal utrzymywały się dolegliwości z podwyższeniem wykładników stanu zapalnego i cholestazy. Wykonano rewizję dróg żółciowych z drenażem sp. Kehra. Po operacji obserwowano hemobilię z ewakuacją licznych złogów i przytykaniem się drenu. Wobec braku poprawy stanu ogólnego pacjenta wykonano TK jamy brzusznej, na podstawie której stwierdzono cechy zapalenia dróg żółciowych z formowaniem się ropni lewego płata wątroby. Przeprowadzono hemihepatektomię lewostronną. Pacjent w stanie ogólnym i miejscowym dobrym został wypisany z Oddziału.

Po 24 dniach od wypisu chory został przyjęty na Oddział z powodu objawów krwawienia do przewodu pokarmowego. W wykonanej gastrokopii nie uwidoczniło się miejsce krwawienia. W 0. dobie hospitalizacji doszło do NZK z objawami wstrząsu hipowolemicznego. Śródoperacyjnie stwierdzono krwawienie do dróg żółciowych na tle przetoki we wnęce wątroby. Wykonano hemostazę i drenaż dróg żółciowych. Przebieg pooperacyjny został powikłany przetoką żółciową zewnętrzną i zakażeniem rany, które wyleczono zachowawczo. Po 66 dniach hospitalizacji pacjent w stanie ogólnym zadowolającym został wypisany z Oddziału.

NIEDROŻNOŚĆ ŻÓŁCIOWA JELITA CENKIEGO

Sullivan Tadong (Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej – Warszawa)

Wstęp

Niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego spowodowana kamieniem żółciowym (zespół Bouvereta) należy do wyjątkowo rzadko występujących ostrych schorzeń jamy brzusznej. Stanowi przykład jednego z możliwych powikłań kamicy żółciowej – wytworzenia się przetoki, najczęściej pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą. Częściej występuje u kobiet (stosunek liczby kobiet do mężczyzn równa się 4 : 1). Średni wiek pacjentów wynosi 65–75 lat. Znamienna jest wysoka śmiertelność chorych z niedrożnością żółciową, która sięga 20% i ma związek z przedłużaniem diagnostyki oraz z współistniejącymi chorobami dodatkowymi. Obraz radiologiczny charakteryzuje tzw. triada Riglera, obejmująca pneumobilię, niedrożność jelita cienkiego oraz złoż w jelicie cienkim. Obecność 2 z 3 objawów przemawiać może za niedrożnością żółciową i pojawia się w 40–50% przypadków. Standardowe metody leczenia pacjentów z zespołem Bouvereta nadal określane są w literaturze światowej jako kontrowersyjne. Do tej pory nie ustalono standardowego sposobu leczenia. Możliwe metody obejmują: enterolitotomię, czyli usunięcie złożu poprzez nacięcie jelita, enterolitotomię, cholecystektomię i zamknięcie przetoki w późniejszym terminie (*two-stage surgery*) oraz jednoczasową enterolitotomię, cholecystektomię i zamknięcie przetoki (*one-stage surgery*).

Cel pracy

Autorzy przedstawiają przypadek 84-letniego pacjenta, który zgłosił się do szpitala z powodu bólu brzucha, nudności, wymiotów, braku oddawania stolca od 3 dni oraz braku oddawania gazów od doby.

Metodyka

Badanie przedmiotowe wykazało brzuch wzdęty, bolesny o miernym nasileniu, perystaltykę przeszkodową, bez objawów otrzewnowych. Na podstawie tomografii komputerowej stwierdzono niedrożność żółciową według triady Riglera. Chory był doraźnie operowany, wykonano enterolitotomię. W okresie pooperacyjnym pojawiły się powikłania – ewentracja podskórna. Podczas operacji założono szew wtórny rany. Pacjenta w stanie dobrym wypisano ze szpitala do obserwacji ambulatoryjnej.

Wyniki

W okresie kontrolnym po operacji chory nie zgłaszał żadnych dolegliwości.

Wnioski

Rozsądne wydaje się zalecenie jednoetapowego leczenia chirurgicznego pacjentów w młodym wieku bez istotnych chorób współistniejących. U chorych zaawansowanych wiekowo, ze znacznymi obciążeniami, w pierwszym etapie należy usunąć jedynie przyczynę niedrożności, czyli przeprowadzić enterolitotomię, a w przypadku nawrotu niedrożności lub rozwoju powikłań miejscowych – korektę przetoki.

WGŁOBIE NIE JELITA CZCZEGO MOŻE ZDARZYĆ SIĘ RÓWIEŻ NA TWOIM DYŻURZE - OPIS PRZYPADKU I KRÓTKI PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Katarzyna Biernat (Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Michał Szymański (Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Dariusz Łaski (Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Stanisław Hać (Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Zbigniew Śledziński (Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Wgłobienie jelita cienkiego zdarza się u dorosłych rzadko, stanowiąc jedynie 5% wszystkich przypadków wgłobień. Różni się etiologią, objawami oraz sposobem leczenia od wgłobień występujących u dzieci. Ze względu na narastające powoli, niespecyficzne objawy rozpoznawanie jest zwykle stawiane podczas doraźnej laparotomii.

Cel pracy

W pracy przedstawiono opis przypadku oraz krótki przegląd literatury obrazujący to schorzenie.

Opis przypadku

41-letni pacjent GM zgłosił się z powodu utrzymującego się od 3 tygodni bólu brzucha oraz objawów niedrożności trwających od kilku godzin. Na podstawie badania tomografii komputerowej jamy brzusznej stwierdzono cechy wgłobienia jelita czczego z podciągnięciem krezki jelita czczego. W części dystalnej odcinka wgłobionego opisano zmianę, której obraz przemawiał za tłuszczakiem. Chorego zakwalifikowano do pilnej laparotomii – po odprowadzeniu wgłobienia wykonano enterotomię ponad guzem. Ze względu na brak możliwości bezpiecznego usunięcia miejscowego zmiany – zmiana obejmowała ponad połowę obwodu jelita, a ściana była przekrwiona – wykonano resekcję ok. 25 cm jelita czczego wraz z guzem oraz fragmentem krezki z odczynowymi węzłami chłonnymi. Jelito zespolono bok do boku. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Chory został wypisany w stanie ogólnym dobrym w 3. dobie po zabiegu. Badanie histopatologiczne potwierdziło nowotwór jelita cienkiego o typie *lipoma submucosae* (tłuszczak podśluzówkowy).

Wnioski

Wgłobienie jelita cienkiego na łagodnym nowotworze dające objawy niedrożności stanowi bardzo rzadkie schorzenie. Patologia ta stwierdzana w jelicie czczym występuje kazuistycznie. W literaturze anglosaskiej w latach 2002–2012 opisano tylko 5 jej przypadków. Rozpoznanie przedoperacyjne stawiane jest jedynie w 32–50% przypadków. Leczenie z wyboru polega na interwencji chirurgicznej z resekcją zmienionego fragmentu jelita w granicach zdrowych tkanek. Odprowadzenie wgłobienia podczas zabiegu pozostaje nadal kwestią sporną.

ANALIZA ROZEJŚĆ ZESPOLEŃ JELITOWYCH U OBCIĄŻONYCH PACJENTÓW PODDANYCH DUŻYM ZABIEGOM OPERACYJNYM

Jakub Majewski (Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Marcin Gierek (Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Adam Kurek (Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Gabriela Ochała (Szpital Miejski – Sosnowiec)

Józef Kurek (Szpital Wielospecjalistyczny – Jaworzno)

Wstęp

Rozejście zespolenia jelitowego u pacjentów po zabiegach operacyjnych na jelitach stanowi duży problem. Jego następstwem mogą być ropnie w jamie brzusznej, rozwój sepsy oraz kolejne obciążające pacjenta zabiegi operacyjne. W literaturze ryzyko rozejścia szacuje się na ok. 0,5–30%, najczęściej na 2–5%. Zespolenia wykonywane przy pomocy szwów mechanicznych związane są z mniejszym ryzykiem rozejść, które oceniane jest na ok. 2,7%. Jednak duży wpływ na zespolenie ma m.in.: zaopatrzenie naczyniowe zespolenia, zakażenie, technika wykonywania zespolenia. U osób starszych z miażdżycą uogólnioną ukrwienie miejsca operowanego będzie gorsze, co może podwyższyć ryzyko pojawienia się rozejścia w miejscu zespolenia. Dlatego w pracy przeanalizowano 182 przypadki pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym na jelitach.

Cel pracy

Celem pracy była analiza powikłań, które pojawiały u pacjentów poddanych poważnym zabiegom operacyjnym. Skupiono się na przypadkach rozejścia zespolenia jelitowego. Ich analiza może wpłynąć na odpowiedni dobór pacjentów oraz poprawę techniki operacyjnej.

Metodyka

Zebrano i przeanalizowano dane z ostatnich 10 lat. Pod uwagę wzięto wiek pacjenta, jego wagę i wzrost, rozpoznanie przedoperacyjne, metodę resekcji rodzaju zabiegu, wystąpienie krwawienia śródoperacyjnego i pooperacyjnego, długość zabiegu, długość hospitalizacji, powikłania pooperacyjne. Wyniki przeanalizowano przy użyciu programu statystycznego SPSS 17.

Wyniki

Zabiegowi operacyjnemu poddanych zostało 182 pacjentów, spośród których u 13 pojawiło się rozejście zespolenia. Zabieg operacyjny w trybie planowym wykonano u 109 pacjentów, w trybie nagłym – u 73. Najczęstszym rozpoznaniem wstępnym był guz okrężnicy (31 pacjentów) oraz niezdiagnozowany wcześniej ból brzucha. Średnie BMI wyniosło 26,07. Spośród przeanalizowanych przypadków średnia w skali ASA równała się 2,62. 45 pacjentów chorowało na cukrzycę, a 130 było obciążonych chorobami kardiologicznymi. Rozejście pojawiało się średnio w 7. dobie po operacji. Najszybciej zaobserwowano rozejście w 2. dobie, a najpóźniej w 15.

Wnioski

- 1) Choroby współistniejące są bardzo ważnym czynnikiem prognostycznym powodzenia zabiegu.
- 2) Dobór odpowiedniej techniki operacyjnej oraz jej optymalizacja jest istotna dla powodzenia zabiegu.
- 3) Rozejście zespolenia jest poważnym powikłaniem, wymagającym najczęściej reoperacji oraz wydłużenia pobytu pacjenta na oddziale.

WYSTĘPOWANIE CHOROBY REFLUKSOWEJ PRZEŁYKU W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU MECHANICZNEGO ZESPOLENIA PRZEŁYKOWO - JELITOWEGO PO GASTREKTOMII Z POWODU RAKA ŻOŁĄDKA

Wiktor Krawczyk (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych – Sosnowiec)

Zbigniew Lorenc (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych – Sosnowiec)

Maciej Domagała (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych – Sosnowiec)

Tomasz Zawadzki (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych – Sosnowiec)

Wstęp

Rak żołądka znajduje się na 4. miejscu wśród nowotworów złośliwych pod względem zapadalności i stanowi 2. najczęstszą przyczynę zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi na świecie. Istnieją różne metody odtwarzania ciągłości przewodu pokarmowego po gastrektomii. Należą do nich m.in.: zespolenie przełykowo-czcze Roux-en-Y z długą pętlą jelita cienkiego oraz odtworzenie ciągłości sposobem *omega loop*.

Cel pracy

Cel pracy stanowi porównanie 2 sposobów odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego: zespolenia przełykowo-jelitowego sposobem *omega loop* (A) z zespoleniem sposobem Roux-en-Y (B). Ocena ta jest dokonywana w kontekście jakości życia chorych po operacji, z uwzględnieniem ich subiektywnych odczuć oraz obiektywnych danych klinicznych.

Metodyka

Obecność zmian endoskopowych w rejonie zespolenia przed operacją oraz w 2. i 4. miesiącu po niej w skali Los Angeles, obecność i nasilenie histologicznych cech zapalenia w rejonie zespolenia, ocena za pomocą skali PGSAS-45.

Wyniki

Kliniczne objawy refluksu jelitowo-przełykowego wystąpiły u 5 pacjentów w przypadku zespolenia Roux-en-Y oraz u 7 chorych w przypadku zespolenia *omega loop* i łączyły się z obrazem endoskopowym zapalenia przełyku w stopniu B według klasyfikacji Los Angeles. W podgrupie A czas operacji wynosił średnio 160 minut, a w podgrupie B – 130 minut. W żadnej z podgrup nie obserwowano powikłań związanych z techniką operacyjną.

Wnioski

Zespolenie Roux-en-Y jest obecnie najbardziej rozpowszechnioną metodą odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po totalnej gastrektomii, choć zastosowanie zespolenia typu *omega loop* jest z nim równoważne. Może jednak negatywnie wpływać na jakość życia pacjentów.

OLBRZYMIA TORBIEL WĄTROBY LECZONA DRENAŻEM PRZEZSKÓRNYM POD KONTROLĄ USG – OPIS PRZYPADKU

Justyna Wyroślak-Najs (II Katedra i Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Michał Solecki (II Katedra i Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Ćwik (II Katedra i Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Katedra i Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Proste torbiele wątroby występują u ok. 5% populacji i są jedną z najczęstszych zmian ogniskowych tego narządu. Większość torbieli nie powoduje objawów klinicznych, szczególnie, gdy ich średnica nie przekracza 5 cm. Wraz ze wzrostem średnicy torbieli zwiększa się częstotliwość występowania objawów oraz ich nasilenie. Objawowym torbielom wątroby najczęściej towarzyszą dolegliwości bólowe, żółtaczka lub wymioty, czasem dyskomfort, uczucie pełności w nadbrzuszu oraz wzdęcia. Zmiany, których rozmiary przekraczają 10 cm, mogą powodować ponadto hepatomegalię, uwypuklenie powłok brzusznych, ucisk na drogi żółciowe. W przebiegu torbieli wątroby, na skutek krwawienia do wnętrza zmiany lub jej pęknięcia rozwijają się mogą także ostre objawy brzuszne.

Leczenie wskazane jest jedynie u pacjentów ze zmianami objawowymi. Obecnie postępowanie z wyboru stanowi laparoskopowa fenestracja lub laparoskopowe wycięcie torbieli. Metodą alternatywną jest drenaż pod kontrolą technik obrazowych. Olbrzymie torbiele wątroby występują rzadko, a w ich wypadku leczenie małoinwazyjne okazuje się zwykle niewystarczające.

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja przypadku 58-letniej pacjentki z olbrzymią torbielą wątroby oraz zastosowanego u niej leczenia.

Metodyka

W 2016 r. do II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie przyjęta została pacjentka z prostą torbielą wątroby. Główne objawy, jakie zgłaszała chora, to dolegliwości bólowe. W badaniach obrazowych stwierdzono zmianę ogniskową prawego płata wątroby o średnicy 25 cm, przemieszczającą pozostały miąższ wątroby oraz prawą nerkę. W badaniach laboratoryjnych bez istotnych odchyśleń od normy. Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia przy pomocy drenażu przezskórnego pod kontrolą USG. W znieczuleniu miejscowym do światła torbieli założono dren *pig tail* 9F, uzyskując wypływ wodojasnego płynu. Całkowita objętość torbieli wynosiła 9000 ml. Jamę po opróżnionym zbiorniku wypłukano 10% NaCl. Badanie cytologiczne potwierdziło rozpoznanie prostej torbieli wątroby. Pacjentkę wypisano do domu z drenem w 5. dobie po drenażu. Leczenie kontynuowane było ambulatoryjnie.

Wyniki

Po 5 miesiącach od ustalenia pierwotnego rozpoznania pacjentkę hospitalizowano z powodu nawrotu torbieli. Zmiana osiągnęła wielkość 10 cm. Wykonano ponowny drenaż zmiany pod kontrolą ultrasonograficzną przy pomocy zestawu *pig tail* 9F. W 5. dobie po zabiegu usunięto dren i pacjentkę wypisano do domu. Obecnie chora pozostaje pod obserwacją. Nie stwierdzono nawrotu torbieli.

ROPIEŃ MIĘŚNIA BIODROWO-LĘDŹWIOWEGO JAKO POWIKŁANIE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Marcin Zawadzki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Aleksander Stal (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Robert Tarnawa (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wojciech Hap (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wojciech Kielan (Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Wrocław)

Wstęp

Ropień mięśnia biodrowo-lędźwiowego jest rzadko występującą, ale potencjalnie niebezpieczną chorobą. Pierwszy opis przypadku datuje się na 1881 r. Ropnie w tej lokalizacji dzieli się na pierwotne i wtórne. Przyczynę ropni pierwotnych stanowi najczęściej infekcja drogą krwipochodną. W przypadku ropni wtórnych jedną z przyczyn ich powstawania są patologie w obrębie przewodu pokarmowego, w tym choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC), perforacja wyrostka robaczkowego o umiejscowieniu zakątniczym, choroba uchyłkowa jelita grubego czy nowotwory jelita grubego.

Cel pracy

W pracy zaprezentowano serię przypadków 3 młodych mężczyzn z rozpoznaną de novo ChLC, powikłaną ropniem mięśnia biodrowo-lędźwiowego prawego.

Metodyka

U wszystkich 3 pacjentów w badaniu TK jamy brzusznej stwierdzono obecność dominującego ropnia mięśnia biodrowo-lędźwiowego, z obecnością poziomu płyn/gaz w świetle zbiornika, oraz drobne, satelitarne mikropnie wokół. 2 pacjentów przy przyjęciu prezentowało objawy septyczne, 3. był w stanie dobrym. U wszystkich pacjentów odstąpiono od próby wykonania drenażu przezskórnego, zastosowano natomiast leczenie operacyjne. Wykonano ewakuację i drenaż ropni oraz resekcję odcinka krętniczko-kątniczego z pierwotnym zespoleniem jelitowo-jelitowym.

Wyniki

U wszystkich pacjentów w badaniu mikrobiologicznym stwierdzono obecność szczepów *Escherichia coli*. Przebieg pooperacyjny u dwóch pacjentów był niepowikłany, u trzeciego natomiast w 6. dobie pooperacyjnej stwierdzono objawy nieszczelności zespolenia jelitowego. W trakcie relaparotomii wykonano resekcję zespolenia i wyłonienie końcowej ileostomii.

Wnioski

Brakuje wytycznych określających sposób postępowania w przypadku ropni mięśnia biodrowo-lędźwiowego. Z dostępnych prac przedstawiających sposób postępowania wśród takich chorych wynika, że istnieją 3 schematy leczenia, tj. antybiotykoterapia, drenaż przezskórny ropnia oraz interwencja chirurgiczna. Interwencja chirurgiczna każdorazowo wskazana jest natomiast u pacjentów, u których przyczyna powstawania ropni wiąże się z patologią w obrębie przewodu pokarmowego, a zwłaszcza w przypadku ChLC. Próby postępowania małoinwazyjnego w tych przypadkach, tzn. drenażu przezskórnego, prowadziły do opóźnienia wdrożenia leczenia operacyjnego i gorszych wyników leczenia. Pomimo braku oficjalnych wytycznych, leczenie operacyjne z drenażem ropnia i resekcją odcinka krętniczko-kątniczego wydaje się być postępowaniem z wyboru w przypadkach ChLC powikłanej obecnością ropnia mięśnia biodrowo-lędźwiowego.

WPŁYW PRZEWLEKŁEGO PRZYJMOWANIA LEKÓW NA RYZYKO PERFORACJI U CHORYCH Z CHOROBAŁĄ UCHYŁKOWĄ JELITA GRUBEGO

Mateusz Rubinkiewicz (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Justyna Tęczar (Uniwersytet Jagielloński, Wydział Lekarski – Kraków)

Aneta Turza (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Anna Lasek (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Michał Pędziwiatr (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Choroba uchyłkowa jelita jest częstą przypadłością, szczególnie u osób w podeszłym wieku. Cierpi na nią nawet 30% populacji powyżej 60. r.ż. Jedno z najgroźniejszych powikłań stanowi perforacja uchyłka jelita grubego. Według aktualnej literatury przyjmowanie niektórych leków może zwiększać ryzyko perforacji, ponieważ wpływa na ciśnienie wewnątrz jelita oraz zaburza funkcje śluzówki.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu przewlekłego przyjmowania leków na częstość perforacji wśród chorych z chorobą uchyłkową jelita grubego.

Metodyka

Retrospektywnej analizie poddano 165 pacjentów z rozpoznaną chorobą uchyłkową jelita grubego. Pacjenci byli leczeni w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 2012–2016. Z uwagi na braki danych do ostatecznej analizy włączono 143 pacjentów (średnia wieku – 66,4 lat). Wśród badanych chorych 25 (17,5%) miało objawy perforacji przewodu pokarmowego. W toku badań uwzględniono następujące grupy leków: niesterydowe leki przeciwzapalne, kortykosterydy, blokery kanału wapniowego, statyny, opioidy, aspirynę, antykoagulanty oraz leki przeciwplatekcyjne. Dodatkowo uwzględniono choroby towarzyszące oraz wybrane badania laboratoryjne.

Wyniki

U chorych z perforowanym uchyłkiem jelita obserwowano częstsze przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (16% chorych vs 5,1%, $p = 0,05$) oraz leków przeciwplatekcyjnych (8% vs 0,5%, $p = 0,02$). W pozostałych przypadkach wyniki nie osiągnęły istotności statystycznej. Zaobserwowano jednak częstsze przyjmowanie opioidów (8% vs 1,6%) oraz sterydów (16% vs 6,8%). Odwrotną proporcję zanotowano w przypadku statyn – chorzy bez perforacji częściej ją przyjmowali (17,8% vs 8,0%).

Wniosek

Długotrwałe przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz przeciwplatekcyjnych zwiększa częstość występowania perforacji uchyłka jelita grubego. Stosowanie tych leków powinno być więc szczególnie rozważne w kontekście chorych z chorobą uchyłkową jelita grubego.

RESEKCJE WĄTROBY - WSKAZANIA, PRZEBIEG I POWIKŁANIA

Agata Kruszyńska (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)
Małgorzata Potocka (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)
Paweł Nyckowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)
Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)
Marcin Makiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Intensywny rozwój systemowego leczenia nowotworów wpłynął na wydłużenie okresu przeżycia chorych. Samo leczenie systemowe nie daje pełnych możliwości wyleczenia lub istotnego przedłużenia życia chorych onkologicznych. Resekcje wątroby są istotnym elementem leczenia onkologicznego zarówno w nowotworach pierwotnych, jak i wtórnych tego narządu.

Cel pracy

Celem pracy było zestawienie wskazań oraz ocena przebiegu pooperacyjnego po resekcjach wątroby.

Metodyka

Retrospektywnie zbadano grupę 127 chorych hospitalizowanych w tutejszej Klinice w okresie od września 2016 r. do kwietnia 2017 r., których operowano z powodu zmian w wątrobie. W grupie badanej wykonano 131 operacji. Średnia wieku wynosiła 57,56 lat. Kobiety stanowiły 56,7%, a mężczyźni 43,3% wszystkich pacjentów.

Wyniki

W grupie badanych 127 osób wskazania stanowiły: przerzut raka j. grubego – 70, guz pierwotny – 31, rak pęcherzyka – 8, przerzuty innych nowotworów – 14, resekcje ze wskazań nienowotworowych – 6 (w tym ropień, torbiel bąblowcowa, torbiel prosta), guz wnęki wątroby – 1, guz nadnercza naciekający wątrobę – 1.

Wykonane operacje: hemihepatektomia prawostronna – 36, z czego 15 stanowiły hemihepatektomie poszerzone (wśród nich dodatkowo w 2 przypadkach wykonano wycięcie zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych); hemihepatektomia lewostronna – 7, w tym 3 poszerzone; nieanatomiczne resekcje wątroby – 31; anatomiczne resekcje wątroby – 45; 15 termoablacji, w tym 5 jako osobne zabiegi i 10 jako zabiegi towarzyszące resekcji wątroby.

Powikłania, które wystąpiły u chorych: przetoka żółciowa – 6, w tym w 2 przypadkach z przetoki żółciowo-opłucnowej; niewydolność wątroby – 8; zbiorniki płynu – 5; zapalenie płuc – 2; u 1 chorego wystąpiło krwawienie wymagające reoperacji, zmarło 4 chorych.

Leczenie: 1 chory wymagał relaparotomii; 2 – drenażu opłucnej i okolicy podprzeponowej; 4 – drenażu zbiornika w łożu po resekcji; 1 – ECPW, pozostałych leczono zachowawczo.

Średni czas hospitalizacji pooperacyjnej wynosił 10,6 dnia.

Wnioski

- 1) Najczęstszym wskazaniem do resekcji wątroby są przerzuty nowotworowe, przede wszystkim raka jelita grubego.
- 2) Biorąc pod uwagę rozległość operacji i wielkość związanego z nią urazu, można uznać, że czas hospitalizacji jest krótki.
- 3) Resekcje wątroby wykonywane przez doświadczony zespół związane są z niewielką częstością powikłań.
- 4) Chociaż większość powikłań wymaga jedynie leczenia zachowawczego lub małoinwazyjnego, zdarzają się powikłania, które pomimo intensywnego leczenia prowadzą do zgonu.

HPV U CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO

Agata Dobrowolska (Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Zbigniew Kamocki (Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Konrad Zaręba (Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Mariusz Gryko (Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Bogusław Kędra (Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Wstęp

Rak jelita grubego jest drugim pod względem zapadalności nowotworem złośliwym w Polsce. Rocznie notuje się ok. 14 tys. nowych zachorowań, a 5-letnie przeżycie po leczeniu wynosi ok. 20–25%.

Wirus HPV jest jednym z wirusów, którego rola w patogenezie raka została potwierdzona (rak szyjki macicy – nagroda Nobla w 2008 r. dla Haralda zur Hausena).

Cel pracy

Celem pracy było określenie częstości występowania HPV w obrębie guza u chorych na raka jelita grubego oraz stwierdzenie zależności jego pojawiania się od wybranych czynników kliniczno-morfologicznych.

Metodyka

Do identyfikacji wirusa HPV w tkance jelita grubego zastosowano metodę immunohistochemiczną – wizualizację sond związanych z DNA znakowanym biotyną. Reakcja pozytywna: barwne złogi o charakterze punktów zlokalizowanych w obrębie jądra komórkowego. Na podstawie ekspresji wirusa HPV chorych podzielono na dwie grupy kliniczne – HPV (+) i HPV (-). Przeanalizowano następujące cechy kliniczno-morfologiczne chorych: płeć, wiek, BMI, stężenie we krwi – hemoglobiny, białka całkowitego, albuminy, bilirubiny całkowitej, glukozy, mocznika, liczby leukocytów, limfocytów, płytek krwi, aktywność aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) oraz aminotransferazy alaninowej (ALAT), lokalizacja guza, wielkość guza (T), stan węzłów chłonnych (N), przerzuty odległe (M), stopień zróżnicowania (G) a częstość stwierdzonego nosicielstwa HPV.

Wyniki

Badanie przeprowadzono u 40 chorych w wieku 27–88 lat, leczonych operacyjnie w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Badaną grupę stanowiło 18 kobiet i 22 mężczyzn. U 10 chorych (25%) stwierdzono obecność HPV w tkance jelita grubego. W tej grupie zauważono znamieny statystycznie podwyższony poziom limfocytów w surowicy. Nie wykazano zależności ekspresji wirusa HPV od innych parametrów kliniczno-morfologicznych.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono ekspresję wirusa brodawczaka ludzkiego w tkance jelita grubego u 25% chorych. W grupie chorych z ekspresją wirusa HPV w tkance raka jelita grubego zauważono znamieny statystycznie podwyższony poziom limfocytów w surowicy. Nie zanotowano zależności ekspresji wirusa HPV od innych parametrów kliniczno-morfologicznych oraz czynników morfologicznych guza.

OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO WYWOŁANE GRZYBAMI *SACCHAROMYCES CEREVISIAE*

Tomasz Zawadzki (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych wraz z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary – Sosnowiec)

Wiktor Krawczyk (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych wraz z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary – Sosnowiec)

Zbigniew Lorenc (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych wraz z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary – Sosnowiec)

Mateusz Majewski (Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych wraz z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary – Sosnowiec)

Wstęp

Kamica żółciowa jest najczęściej spotykanym schorzeniem dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego. Szacuje się, że dotyczy 15–25% osób dorosłych w Polsce; znacznie częściej występuje u kobiet (2–3-krotnie). W większości przypadków kamica żółciowa przebiega bezobjawowo, a wzrost złogów jest stosunkowo powolny. Objawy występują jedynie u 10–30% chorych. Powikłaniem objawowej kamicy może być ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, zgorzelinowe zapalenie pęcherzyka żółciowego, perforacja pęcherzyka z wylaniem się jego zawartości do jamy otrzewnowej, przedostanie się złogu z pęcherzyka do światła przewodu żółciowego, wodniak lub ropniak pęcherzyka żółciowego, przetoki pęcherzykowo-jelitowe. Do ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego dochodzi najczęściej w następstwie zamknięcia światła przewodu pęcherzykowego, które powoduje zaburzenie w odpływie żółci i obrzęk jego błony śluzowej. Objawem ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego jest bardzo silny ból, zlokalizowany pod prawym łukiem żebrowym, który może promieniować do okolicy prawego barku lub łopatki. By rozpoznać ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, stosuje się kryteria z Tokio. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego wymaga hospitalizacji. Gwałtowny rozwój chirurgii laparoskopowej sprawił, że cholecystektomia laparoskopowa jest standardem operacyjnego leczenia, zarówno w operacjach planowych pęcherzyka żółciowego, jak i operacjach wykonywanych ze wskazań pilnych. Klasyczną cholecystektomię wykonuje się w przypadkach szczególnych. Nielezione ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego prowadzić może do ściennej translokacji bakterii beztlenowych, niedokrwienia ściany pęcherzyka z następową zgorzelą.

Opis przypadku

W pracy przedstawiono przypadek chorej operowanej z powodu zgorzeli pęcherzyka żółciowego wywołanej zakażeniem jednokomórkowymi grzybami *Saccharomyces cerevisiae*, zwanymi drożdżami piekarniczymi lub cukrowymi. W literaturze nie odnaleziono wzmianek o zakażeniu wywołanym tego typu patogenem, które obejmuje tylko jeden narząd – inwazja jednoogniskowa. Do czynników ryzyka infekcji grzybiczych zalicza się niedobory immunologiczne – zarówno wrodzone, jak i nabyte, stosowanie w leczeniu lub profilaktyce flukonazolu oraz probiotyków, a inwazje grzybami mają charakter wieloogniskowy i obejmują kilka narządów. Czynnikiem wirulencji *Saccharomyces cerevisiae* są proteazy aspartylowe wydzielane zewnątrzkomórkowo, degradujące kreatynę i kolagen, a także białka związane z odpowiedzią immunologiczną gospodarza.

WCZESNE MARKERY NIESZCZELNOŚCI ZESPOLENIA PO LAR

Marek Zawadzki (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Małgorzata Krzystek-Korpaczka (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Roman Czarnecki (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Marek Rząca (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Zbigniew Obuszko (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Andrzej Gamian (Uniwersytet Medyczny – Wrocław)

Wojciech Witkiewicz (Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Wrocław)

Wstęp

Nieszczelność zespolenia (NZ) stanowi jedno z najpoważniejszych powikłań występujących po operacji przedniej resekcji odbytnicy (LAR). Kluczowym elementem leczenia NZ staje się wczesne rozpoznanie tego powikłania, co bywa jednak trudne nawet dla doświadczonego chirurga. Obecnie stosowane markery NZ – białko C-reaktywne (CRP) i prokalcytonina, charakteryzują się ograniczoną czułością i swoistością wykrywania NZ (odpowiednio 70% i 76%).

Cel pracy

Celem badania jest analiza stężeń 27 cytokin w surowicy krwi u pacjentów poddanych LAR i określenie ich przydatności jako nowych wczesnych markerów NZ.

Metodyka

Jest to prospektywne badanie obserwacyjne, przeprowadzone na grupie pacjentów z nowotworem złośliwym odbytnicy operowanych na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu w latach 2013–2015. Oznaczanie poziomu cytokin wykonano przedoperacyjnie i w 3. dobie po operacji (POD3).

Wyniki

Do badania zakwalifikowano 32 pacjentów; u 18 wykonano LAR sposobem klasycznym, a 14 zoperowano z zastosowaniem robota chirurgicznego. Nieszczelność zespolenia wystąpiła u 5 pacjentów (15%). W 3. dobie po operacji w grupie pacjentów z NZ zaobserwowano znamienne wyższe stężenia CRP, interleukiny 6 (IL-6) i chemokiny β , syntetyzowanej przez limfocyty T (RANTES), oraz znamienne niższe stężenia interleukiny 9 (IL-9) i czynnika wzrostu fibroblastów 2 (FGF2). Analiza zmiany stężeń cytokin pomiędzy okresem przedoperacyjnym i POD3 wykazała znamienne wzrost IL-6 i czynnika stymulującego tworzenie kolonii granulocytów (G-CSF) u pacjentów z NZ. W analizie ROC najwyższą moc diagnostyczną przewidywania NZ zaobserwowano dla CRP (AUC = 0,99) oraz Δ IL-6, IL-6, RANTES, FGF2 (AUC = 0,81–0,87). Przed operacją u pacjentów z NZ zauważono znamienne niższe poziomy białka zapalnego makrofagów 1 alfa (MIP-1 α), białka chemotaktycznego dla monocytów (MCP-1), interleukiny 8, FGF2 i G-CSF.

Wnioski

CRP pozostaje najlepszym wczesnym markerem nieszczelności spośród 27 badanych cytokin. Analiza zmiany stężeń cytokin pomiędzy okresem przed operacją i POD3 sugeruje, że Δ IL-6 może być lepszym wczesnym markerem NZ niż CRP.

ANALIZA WYNIKÓW ODTWORZENIA CIĄGŁOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO PRZEZ ZAMKNIĘCIE CZASOWEJ ILEOSTOMII PĘTLOWEJ

Marcin Włodarczyk (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Jakub Kasprzyk (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Jakub Włodarczyk (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Paweł Siwiński (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Aleksandra Sobolewska-Włodarczyk (Zakład Biochemii, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Adam Dziki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Łukasz Dziki (Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny – Łódź)

Wstęp

Czasowa ileostomia pętlowa wytwarzana przy resekcjach jelitowych znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia nieszczelności zespolenia. Zabiegi zamknięcia ileostomii z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego związane są z możliwością wystąpienia powikłań pooperacyjnych, często wymagających ponownych interwencji chirurgicznych. Do najpoważniejszych komplikacji należy nieszczelność zespolenia, często uniemożliwiająca ponowne skuteczne przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego.

Cel pracy

Celem pracy była retrospektywna ocena wyników odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego u pacjentów pierwotnie operowanych z powodu choroby nowotworowej jelita grubego oraz chorób zapalnych jelit.

Metodyka

W badaniu oceniono retrospektywnie 147 pacjentów poddanych zabiegom zamknięcia czasowej ileostomii pętlowej w latach 2004–2016. Do analizy wykorzystano: dane demograficzne, wskaźnik BMI, czas hospitalizacji chorego, choroby towarzyszące, ocenę w skali ASA oraz rodzaj rozpoznanych powikłań okołopooperacyjnych.

Wyniki

Nieszczelność zespolenia z koniecznością ponownego wyłonienia stomii wystąpiła u 15 chorych (10,2%), którzy charakteryzowali się wyższym wiekiem oraz BMI w stosunku do chorych z niepowikłanym okresem pooperacyjnym ($p < 0,001$; $p = 0,029$). Nieszczelność zespolenia występowała częściej u kobiet (15,5%) niż u mężczyzn (6,7%), ale różnica nie miała istotności statystycznej ($p = 0,087$). Liczba operacji poprzedzających oraz ocena w skali ASA wykazywały istotną statystycznie dodatnią korelację z nieszczelnością zespolenia ($p = 0,038$; $p = 0,003$). Nie wykazano różnic w częstości występowania nieszczelności zespolenia pomiędzy grupą chorych operowanych pierwotnie z powodu choroby nowotworowej a chorobami zapalnymi jelit ($p = 0,534$). Jednoczynnikowa regresja logistyczna wykazała, że wyższy wiek pacjenta i wyższa wartość BMI oraz krótszy czas od wytworzenia stomii do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego były istotnie związane z niepowodzeniem procedury i koniecznością ponownego wyłonienia ileostomii.

Wnioski

Nieszczelność zespolenia stanowi poważne powikłanie związane z zabiegiem zamknięcia czasowej ileostomii pętlowej, często prowadząc do niepowodzenia procedury odtworzenia przewodu pokarmowego. Pacjenci z wysokimi wartościami BMI, w starszym wieku oraz z krótszym czasem rozdzielającym zabieg wytworzenia i zamknięcia stomii pętlowej są bardziej narażeni na wystąpienie powikłań pooperacyjnych i niepowodzenie zabiegu przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego.

ROLA 18F-FLT PET/CT W DIAGNOSTYCE PRZEDOPERACYJNEJ RAKA ŻOŁĄDKA ORAZ OCENA PRZYDATNOŚCI BADANIA W ODPOWIEDZI NA CHEMIOTERAPIĘ

Jacek Dziedzic (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Katarzyna Ścibisz-Dziedzic (Katedra i Zakład Medycyny Nuklearnej, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Kamil Nurczyk (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Tomasz Skoczylas (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Joanna Kruk-Bachonko (II Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Beata Chrapko (Katedra i Zakład Medycyny Nuklearnej, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Witold Krupski (II Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Obecnie w diagnostyce raka żołądka główną rolę odgrywają: endoskopia, tomografia komputerowa oraz laparoscopia diagnostyczna. 18F-FDG PET/CT stosowane w większości wskazań onkologicznych w celu określenia aktywności metabolicznej glukozy nie jest wystarczająco czułe (71%) i swoiste (74%) w odniesieniu do raka żołądka. W związku z tym w ocenie tego nowotworu zastosowanie ma fluorotymidyna znakowana fluorem 18F – marker poziomu proliferacji. Fluorotymidyna jest analogiem tymidyny, 1 z 4 nukleozydów wykorzystywanych do syntezy DNA. Gromadzenie tymidyny jest proporcjonalne do aktywności kinazy tyrozynowej 1 i frakcji komórek w fazie S.

Cele pracy

Celem badania jest ocena stopnia zaawansowania choroby nowotworowej żołądka w badaniu 18F-FLT PET/CT i jego porównanie do obrazu w TK oraz ocena odpowiedzi na przedoperacyjną chemioterapię.

Metodyka

W pilotażowym badaniu ujęto 3 pacjentów z potwierdzonym histopatologicznie rakiem żołądka, u których wykonano badanie TK i PET/CT – przed oraz po zakończeniu chemioterapii przedoperacyjnej. Poddano ocenie zmianę zaawansowania w klasyfikacji TNM oraz standaryzowaną jednostkę wychwyty (SUV max).

Wyniki

U 2 z 3 osób stopień zaawansowania cechy N (według TNM) w TK i 18F-FLT PET/CT przed chemioterapią był na tym samym poziomie. U 1 chorego w TK przed chemioterapią uwidoczniło się powiększone węzły chłonne (N2), które nie wykazywały aktywności w 18F-FLT PET/CT (N0). W TK po chemioterapii przedoperacyjnej u 2 z 3 pacjentów stopień zaawansowania cechy N był na tym samym poziomie, co w badaniu przed chemioterapią. U 1 z 3 badanych w TK po chemioterapii uwidoczniło się mniejszą liczbę powiększonych węzłów chłonnych regionalnych, co spowodowało zmianę klasyfikacji cechy N – z N2 na N1. W 18F-FLT PET/CT po chemioterapii u 1 z 3 chorych ilość węzłów chłonnych wykazujących aktywność spadła w porównaniu do badania wyjściowego, co zmieniło stopień zaawansowania cechy N – z N3a na N2. U wszystkich badanych w 18F-FLT PET/CT zanotowano spadek aktywności (SUV max) w zmianie pierwotnej po chemioterapii. U 1 z 3 pacjentów w TK obserwowano zmianę zaawansowania cechy T – z T3 na T2/3 po chemioterapii.

Wnioski

18F-FLT PET/CT może być przydatnym narzędziem w wykrywaniu węzłów chłonnych objętych zmianami przerzutowymi i różnicowaniu z odczynowo powiększonymi węzłami chłonnymi widocznymi w badaniu TK. Dzięki ocenie aktywności (SUV max) w zmianie pierwotnej można ocenić stopień odpowiedzi na chemioterapię. Powyższe wnioski wymagają jednak dalszych obserwacji na większej grupie badanych.

ZBIORNIKI PŁYNOWE W JAMIE BRZUSZNEJ PO OPERACJACH TRZUSTKI

Joanna Rogala (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Marek Sierżęga (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Piotr Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Piotr Kołodziejczyk (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Jan Kulig (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Piotr Richter (I Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Wstęp

Dostępnych jest niewiele danych na temat nieropnych zbiorników płynowych, powstających w jamie brzusznej po operacjach trzustki, i ich implikacji klinicznych.

Cel pracy

Celem pracy była analiza przebiegu klinicznego w populacji pacjentów z takimi zbiornikami poddanych rutynowym badaniom obrazowym w przebiegu pooperacyjnym.

Metodyka

W latach 1995–2014 u 728 pacjentów wykonano resekcje trzustki z rutynowym badaniem ultrasonograficznym jamy brzusznej w okresie pooperacyjnym zgodnie z protokołem. Wykryte zbiorniki płynowe zostały podzielone na bezobjawowe (niewymagające interwencji), objawowe (wymagające drenażu sterylnego płynu o niskiej zawartości amylazy) i przetoki trzustkowe (drenaż płynu o wysokiej zawartości amylazy).

Wyniki

102 ze 160 zbiorników płynowych (64%) było bezobjawowych i uległo samoistnej resorpcji po medianie czasu obserwacji – 21 dniach (przedział międzykwartyłowy 9–52 dni). Wśród 58 (36%) zbiorników płynowych wymagających drenażu przezskórnego było 21 przetok trzustkowych i 37 zbiorniki objawowe. Za pomocą analizy regresji, metodą logistyczną zidentyfikowano 3 czynniki związane z potrzebą leczenia interwencyjnego: wskaźnik masy ciała ≥ 25 (iloraz szans 3,23; 95% CI 1,32–7,91), przetoka trzustkowa (iloraz szans 2,93; 95% CI 1,20–7,17) i przetoka żółciowa (iloraz szans 3,92; 95% CI 1,35–11,31).

Wnioski:

U 1/4 pacjentów po operacjach trzustki dochodzi do formowania się nieropnych zbiorników płynowych w jamie brzusznej. Około połowa z nich jest bezobjawowa i ulega samoistnej regresji.

PORÓWNANIE WIARYGODNOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ GASTROFIBEROSKOPII I TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ Z INSUFLACJĄ CO₂ W PRZEDOPERACYJNEJ OCENIE TYPU RAKA POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO WG KLASYFIKACJI SIEWERTA

Kamil Nurczyk (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Magdalena Rejmak (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Karolina Lewczuk (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Kamil Pudło (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Jacek Dziedzic (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Joanna Kruk-Bachonko (Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Witold Krupski (Zakład Radiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Grzegorz Wallner (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Tomasz Skoczylas (II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny – Lublin)

Wstęp

Rak połączenia przełykowo-żołądkowego jest nowotworem o granicznej lokalizacji pomiędzy przełykiem i żołądkiem oraz klatką piersiową i jamą brzuszną. Jego graniczny charakter powoduje trudności w ustaleniu optymalnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. W planowaniu leczenia u chorych z rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego istotne znaczenie odgrywa klasyfikacja topograficzna Siewerta.

Cel pracy

Celem pracy jest porównanie wiarygodności diagnostycznej gastrofiberoskopii (GF) oraz tomografii komputerowej z insuflacją CO₂ (iCO₂-TK) w ocenie przedoperacyjnej topografii raka połączenia przełykowo-żołądkowego według klasyfikacji Siewerta.

Metodyka

W pracy oceniono czułość, swoistość, pozytywną i negatywną wartość predykcyjną GF oraz iCO₂-TK w odniesieniu do pomiarów preparatów operacyjnych dokonanych bezpośrednio po resekcji u 18 chorych z rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego.

Wyniki

Dla I typu raka w klasyfikacji Siewerta większą wiarygodnością diagnostyczną charakteryzowało się badanie endoskopowe (GF: czułość 100%, swoistość 58,3%, predykcja dodatnia 54,5%, predykcja ujemna 100%; iCO₂-TK: czułość 33,3%, swoistość 91,6%, predykcja dodatnia 66,6%, predykcja ujemna 73,3%). U chorych z II typem raka w klasyfikacji Siewerta większą zgodność z oceną pooperacyjną stwierdzono dla badania komputerowego (iCO₂-TK: czułość 83,3%, swoistość 40%, predykcja dodatnia 76,9%, predykcja ujemna 50%; GF: czułość 58,3%, swoistość 100%, predykcja dodatnia 100%, predykcja ujemna 54,5%).

Wnioski

U chorych z rakiem połączenia przełykowo-żołądkowego, przy planowaniu zakresu resekcji oraz sposobu leczenia skojarzonego, ocena endoskopowa i tomograficzna dostarczają wzajemnie uzupełniających się informacji. Wstępne wyniki badania wskazują, że przy braku zgodności w ocenie typu topograficznego większą wiarygodnością diagnostyczną dla raka typu I charakteryzuje się badanie endoskopowe, natomiast dla raka typu II tomografia komputerowa z insuflacją CO₂.

PROSPEKTYWNE, OPISOWE BADANIE WPŁYWU DIETETYCZNYCH I FARMAKOLOGICZNYCH STRATEGII LECZENIA ZAPARĆ U CHORYCH ZE STOMIĄ

Kinga Zastawna (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego – Poznań)
Łukasz Krokowicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego – Poznań)
Adam Bobkiewicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego – Poznań)
Barbara Kuczyńska (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego – Poznań)
Jacek Paszkowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego – Poznań)
Tomasz Banasiewicz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego – Poznań)

Wstęp

Termin „zaparcia” w odniesieniu do pacjentów ze stomią definiuje się jako upośledzoną perystaltykę, związaną ze zwiększoną konsystencją stolca lub długim okresem bez wypróżnień, które powodują dyskomfort, wzdęcia i bóle brzucha. Informacje o zaparciach u chorych ze stomią są ograniczone, w związku z czym przeprowadzono badania wśród pacjentów ze stomią Poradni Stomijnej i Proktologicznej w Poznaniu.

Cel pracy

Ocena roli strategii dietetycznych i farmakologicznych w leczeniu zaparć u chorych ze stomią.

Metodyka

Badaniem objęci zostali chorzy ze stomią cierpiący na zaparcia. Ponieważ brakuje ustalonych kryteriów dotyczących oceny zaparć u pacjentów ze stomią, na potrzeby badań autorzy przyjęli kryteria dla zaparć u chorych bez stomii, tj. zaparcie rozpoznaje się po upływie 3 dni bez wypróżnienia, gdy wywołuje uczucie dyskomfortu, wzdęcia i bóle brzucha. Ci spośród chorych, którzy spełniali powyższe kryteria, zostali przyjęci do grupy badanej.

Badania obejmowały 3 wizyty:

- 1) Rozpocznęły się wizytą wstępną, podczas której pacjenci byli informowani o celach przeprowadzanych badań oraz przechodzili kwalifikację do wzięcia w nich udziału. Zbierano dokładny wywiad z uwzględnieniem jakości oddawania stolca przez stomię. Chorzy otrzymywali zalecenia dotyczące modyfikacji diety oraz stylu życia.
- 2) Podczas kolejnej wizyty oceniano efekty modyfikacji zastosowanych w okresie między pierwszą a drugą wizytą. W przypadku braku klinicznej poprawy rozpoczynano terapię farmakologiczną, obejmującą leki przeczyszczające, środki osmotyczne oraz probiotyki.
- 3) W przypadku braku odpowiedzi na pierwszą linię leczenia farmakologicznego podczas 3. wizyty włączano leki prokinetyczne.

Wyniki

Niemal połowa wszystkich badanych chorych z zaparciami wymagała przeprowadzenia chirurgicznej procedury zmiany/korekcji stomii.

Zmiana diety i stylu życia u chorych ze stomią była efektywna i wystarczająca u ponad połowy (55%) spośród zakwalifikowanych do badania chorych. Zaparcia oporne na leczenie niechirurgiczne wystąpiły jedynie u 2 chorych.

Wnioski

Wytworzenie stomii nie rozwiązuje problemu zaparć. Korzystanie ze znanych sposobów leczenia zaparć u chorych bez stomii, edukowanie pielęgniarek stomijnych, a przede wszystkim pacjentów na temat prawidłowej i odpowiedniej opieki nad stomią może być nieocenione w rozwiązywaniu problemu zaparć w tej grupie chorych.

DŁUGOŚĆ PRZEŻYCIA CHORYCH Z NOWOTWOREM POŁA TRZUSTKOWO - DWUNASTNICZEGO PO ZAŁOŻENIU PROTEZY SAMOROPRĘŻALNEJ DO DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

Mateusz Rubinkiewicz (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Monika Orłowska (Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Dorota Długosz (Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński – Kraków)

Marcin Dembiński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Major (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Metalowe stenty samorozprężalne odgrywają istotną rolę w paliatywnym leczeniu chorych z nowotworami pola trzustkowo-dwunastniczego. Stosuje się je, jeśli operacja radykalna nowotworu nie jest już możliwa.

Cel pracy

Celem pracy była ocena przeżyć odległych chorych z założoną protezą samorozprężalną do dróg żółciowych z powodu nieoperacyjnego nowotworu pola trzustkowo-dwunastniczego oraz powikłań występujących w okresie obserwacji.

Metodyka

Do badania retrospektywnie zakwalifikowano 162 pacjentów leczonych w II Katedrze Chirurgii z powodu nieoperacyjnego nowotworu pola trzustkowo-dwunastniczego w latach 2009–2015. Najwięcej chorych miało rozpoznanego raka głowy trzustki (82 pacjentów), następnie guza Klatskina (24), raka pęcherzyka żółciowego (23), raka brodawki Vatera (13) lub inny nowotwór (23). Chorym zakładano protezy samorozprężalne metalowe do dróg żółciowych celem umożliwienia odpływu żółci. Chorych monitorowano pod kątem wystąpienia zarówno powikłań wczesnych (przemieszczenie protezy, krwawienie z brodawki Vatera), jak i późnych (niedrożność protezy).

Wyniki

U 4 chorych nie udało się za 1. razem założyć stentu z powodu niemożności pokonania zwężenia – konieczna była 2. interwencja. U kolejnych 4 pacjentów doszło do wczesnego przemieszczenia protezy. Średni czas przeżycia chorych wynosił 163 dni. U 21 pacjentów wystąpiło powikłanie w postaci niedrożności protezy. Zaobserwowano krótszy czas przeżycia pacjentów z niedrożnością protezy w przebiegu choroby (107 dni vs 170 u chorych bez powikłań, $p = 0,008$). Nie obserwowano różnic w długości przeżycia pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn ($p = 0,47$).

Wnioski

Metalowe stenty samorozprężalne są skuteczną metodą w paliatywnym postępowaniu w przypadku nowotworów pola trzustkowo-dwunastniczego.

OLBRZYMI UCHYLEK PRAWDZIWY POPRZECZNICY – TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE – PREZENTACJA PRZYPADKU KLINICZNEGO

Mateusz Biczysko (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Jacek Paszkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Bogumił Grebieniow (Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Tomasz Banasiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – Poznań)

Wstęp

Uchyłki prawdziwe okrężnicy, w odróżnieniu od rzekomych, występują bardzo rzadko. Najczęstszą lokalizacją uchyłków jest okrężnica esowata. W literaturze opisanych zostało tylko kilka przypadków dużych uchyłków prawdziwych jelita grubego.

Cel pracy

W pracy przedstawiono diagnostykę i leczenie chorej z olbrzymim uchyłkiem prawdziwym poprzecznicy.

Metodyka

Pacjentka w wieku 40 lat zgłaszała dolegliwości bólowe brzucha oraz wzdęcia. Wykonane zostało badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, które wykazało znaczącą ilość gazów w okolicy pępkowej oraz okrężnicy wstępującej. Następnie zalecono tomografię komputerową; na jej podstawie stwierdzono znaczne poszerzenie poprzecznicy – do 11 cm, któremu towarzyszyło przemieszczenie żołądka, okrężnicy wstępującej i kątnicy oraz nieznaczny ucisk na pęcherzyk żółciowy. Badanie to nie wykazało żadnych innych nieprawidłowości. Wlew kontrastowy jelita grubego uwidocznił zbiornik powietrza z poziomem płynu schodzący do kątnicy.

Wyniki

Wykonano poszerzoną prawostronną hemikolektomię, z zespoleniem pierwotnym, pomiędzy kątnicą a okrężnicą zstępującą, przy użyciu pierścienia Valtrac o średnicy 28 mm. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań, pacjentka została zwolniona do domu w 7. dobie po zabiegu. Ostatecznie w badaniu histologicznym preparatu potwierdzono obecność uchyłka prawdziwego poprzecznicy, zbudowanego ze wszystkich 3 warstw ściany jelita grubego.

CENTRALNE RESEKCJE TRZUSTKI – OPCJA UNIKNIĘCIA CUKRZYCY W RESEKCJACH TRZUSTKI?

Magdalena Nowak-Niezgoda (Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Agnieszka Mizerska (Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Marek Durlik (Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej i Transplantologii, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji – Warszawa)

Wstęp

Cukrzyca po zabiegach resekcyjnych trzustki dotyczy ok. 40% pacjentów bez uprzednio zdiagnozowanych zaburzeń glikemii. Zwłaszcza u pacjentów poniżej 50. r.ż. cukrzyca pooperacyjna obniża jakość życia oraz skraca czas przeżycia. U wybranych pacjentów centralna resekcja trzustki, mimo iż trudniejsza technicznie, może nieść za sobą zmniejszenie ryzyka wystąpienia cukrzycy.

Cel pracy

Celem pracy była ocena powikłań pooperacyjnych w postaci cukrzycy typu innego u pacjentów poddanych zabiegowi centralnej resekcji w latach 2013–2016.

Metodyka

Retrospektywnie scharakteryzowano i oceniono pod kątem powikłań oraz wystąpienia cukrzycy *de novo* pacjentów poddanych centralnej resekcji.

Wyniki

W latach 2013–2016 wykonano 17 centralnych resekcji trzustki, co stanowiło 1,9% resekcyjnych operacji trzustki. W grupie badanej średnia wieku była znamienne statystycznie niższa niż w ogólnej populacji pacjentów operowanych z powodu guzów trzustki (46,88 vs 58,92 lat), przeważały kobiety (76,5% vs 49,9%). Grupa badana stanowiła jednorodną grupę pod względem wieku, płci, wielkości guza oraz ryzyka zgonu okołoperacyjnego. Decyzję o centralnej resekcji podejmowano śródoperacyjnie

po wypreparowaniu i ocenie zmiany. W rozpoznaniach histopatologicznych dominowały zmiany łagodne – 94,1%, głównie *serous cystadenoma* – 29,4%, oraz NET – 23,5%, 1 przypadek dotyczył raka gruczołowego przewodowego trzustki. Uwagę zwracał fakt, iż po pierwotnym zabiegu u żadnego z pacjentów nie rozwinęła się cukrzyca typu innego. Procedura obarczona była jednak wysokim odsetkiem powikłań pooperacyjnych – 58,8%, z których 23,5% stanowiły powikłania z grupy IV i V według klasyfikacji Clavien-Dindo. Podgrupy według klasyfikacji Clavien-Dindo nie różniły się pod względem wieku, płci, wielkości guza oraz ponownych hospitalizacji. Nie znaleziono korelacji czynników takich jak wiek, płeć, ryzyko zgonu, ponowne hospitalizacje z ryzykiem wystąpienia powikłań. 82,4% pacjentów żyło w chwili zamknięcia obserwacji populacji badanej.

Wnioski

U wybranych pacjentów z guzami trzonu trzustki centralna resekcja trzustki może stanowić znaczącą alternatywę dla tradycyjnej, dystalnej resekcji trzustki. W badanej grupie pozwalała ona zapobiec wystąpieniu cukrzycy pooperacyjnej. Wobec zwiększonego ryzyka pojawienia się powikłań pooperacyjnych, znaczenia nabiera osobnicze unaczynienie trzustki, pozwalające przewidzieć ryzyko powikłania w postaci martwicy ogona trzustki oraz zwiększone ryzyko przetoki trzustkowej.

LAPAROSKOPOWA APPEKDEKTOMIA JAKO STANDARD LECZENIA OSTREGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W KOŚCIERZYNIE (LATA 2007-2016)

Wojciech Makarewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna; Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Piotr Woźniacki (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna; Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Marcin Folwarski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna; Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Apostolis Atanasiu (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Piotr Wiśniewski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Arkadiusz Kopiejć (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Roman Marczewski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Wstęp

Mimo dynamicznego rozwoju chirurgii małoinwazyjnej i powszechnej dostępności odpowiedniego oprzyrządowania odsetek wykonywanych operacji laparoskopowych wyrostka robaczkowego w województwie pomorskim jest niezadowalający. Analiza danych dla województwa pomorskiego, udostępnionych przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, wskazuje, że w latach 2010–2012 tylko 27,9% zabiegów usunięcia wyrostka robaczkowego wykonano techniką laparoskopową.

Metodyka

Badaniem retrospektywnym objęto 778 chorych operowanych z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w Oddziale Chirurgii w Kościerzynie w latach 2007–2016. Chorych podzielono na 2 grupy: do 1. przyporządkowano 209 chorych (26,6%), u których wyrostek robaczkowy usunięto sposobem klasycznym (OA), do 2. – 578 chorych (73,4%), u których wyrostek robaczkowy usunięto techniką laparoskopową (LA).

Wyniki

Średni czas operacji w grupie LA w latach 2007–2016 wyniósł 69 minut i był krótszy od operacji otwartej o 6 minut. W 2016 r. operacja laparoskopowa trwała już średnio 63 minuty przy 85 minutach dla operacji klasycznej ($p = 0,03$). Operacje laparoskopowe z konwersją trwały średnio o 18 minut dłużej niż standardowa laparoskopowa appendektomia ($p = 0,004$) i 10 minut dłużej niż operacje klasyczne. Średni

czas pobytu w szpitalu istotnie różnił się dla obu analizowanych grup i wyniósł odpowiednio 4 i 3 dni dla chorych w grupach OA i LA ($p = 0,0001$). Wykazano istotne różnice w zużyciu leków przeciwbólowych po zabiegu operacyjnym na korzyść techniki laparoskopowej. Średnie zużycie tramadoli wyniosło 383 (± 223) mg vs 299 (± 197) mg dla OA i LA ($p = 0,003$), natomiast w przypadku ketoprofenu średnie zużycie wyniosło odpowiednio 567 (± 391) mg i 309 (± 217) mg ($p = 0,0001$).

Wnioski

Laparoskopowa appendektomia w leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w porównaniu do zabiegu techniką otwartą, jest metodą korzystniejszą zarówno dla pacjenta, jak i dla szpitala. Technika laparoskopowa zmniejsza nasilenie bólu po operacji, co skutkuje mniejszym zużyciem leków przeciwbólowych oraz krótszym okresem hospitalizacji. Zastosowanie techniki laparoskopowej, po przekroczeniu krzywej uczenia, skraca czas operacji średnio o 22 minuty. Niewysoki odsetek appendektomii wykonywanej techniką laparoskopową w województwie pomorskim nie znajduje uzasadnienia medycznego i ekonomicznego. Technika laparoskopowa powinna stać się standardowym postępowaniem w niepowikłanych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

LECZENIE OSZCZĘDZAJĄCE RAKA PIERSI (BCT) W TRUDNYCH LOKALIZACJACH – POŁĄCZENIE TECHNIKI „ROUND BLOCK“ ORAZ WOLNEGO PRZESZCZEPU TŁUSZCZOWEGO (FDFG) – OPIS PRZYPADKU

Daniel Maliszewski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Piotr Woźniacki (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;

Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Arkadiusz Kopiejć (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Tomasz Polec (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;

Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wojciech Makarewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;

Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Rak piersi stanowi najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet w Polsce. Leczenie raka piersi jest multidyscyplinarne. W zależności od czynników biologicznych i stopnia zaawansowania raka może obejmować: chirurgię, radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię oraz leczenie celowane. Standardem leczenia chirurgicznego powinno być leczenie onkoplastyczne obejmujące leczenie oszczędzające (BCT – *breast conserving therapy*) lub jednoczasową amputację z rekonstrukcją (IBR – *immediate breast reconstruction*). Leczenie oszczędzające polega na wycięciu ogniska raka wraz z marginesem tkanek zdrowych oraz przemieszczeniu gruczołu w miejsce ubytku celem uzyskania optymalnego efektu estetycznego. Leczenie oszczędzające w kwadrantach: przyśrodkowym oraz górno-przyśrodkowym, ze względu na niewystarczającą ilość gruczołu jest zabiegiem trudnym technicznie i najczęściej dającym suboptymalny efekt estetyczny. Trwają dyskusje nad doбором optymalnej techniki BCT w tej trudnej lokalizacji.

Opis przypadku

W latach 2003–2010 w Japonii przeprowadzono 262 zabiegi BCT z użyciem tłuszczowego płata wolnego (*free dermal fat graft* – FDFG) jako wolnego przeszczepu po BCT. Technika opierała się na wycięciu ogniska raka wraz z marginesem tkanek zdrowych z cięcia nad guzem, pomiarze objętości i wymiarów resekowanej tkanki. Następnie pobierano materiał tkankowy w trakcie abdominoplastyki, poddając go pomiarom oraz odnaskórkowaniu. Po wyrotowaniu pobrany materiał wszczepiano jako płat wolny celem wypełnienia ubytku po BCT.

Przedstawiony przypadek opisuje modyfikację powyższego postępowania. U pacjentki z rakiem piersi prawej dokonano BCT techniką *round block*, z następczą abdominoplastyką oraz wypełnieniem ubytku przy użyciu tkanek uzyskanych w trakcie abdominoplastyki. W ocenie autorów pracy opisana metoda stanowi obiecujące rozwiązanie techniczne w grupie pacjentek z suboptymalną lokalizacją guza. Umożliwia, w przeciwieństwie do techniki klasycznej, uniknięcie blizny w dekolcie oraz uzyskanie zadowalającego efektu estetycznego.

CZY OBJAWY PODMIOTOWE MOGĄ MIEĆ WPŁYW NA DŁUGOŚĆ DIAGNOSTYKI CHORYCH Z RAKIEM ŻOŁĄDKA?

Konrad Zaręba (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Roman Bandurski (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Dariusz Cepowicz (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Bogusław Kędra (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny – Białystok)

Damian Kadyłak (Kolegium Naukowe przy II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Zbigniew Kamocki (II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Medyczny – Białystok)

Wstęp

Okolo 95% wszystkich nowotworów żołądka stanowi rak. W Polsce odnotowuje się rocznie ok. 5500 nowych zachorowań. Śmiertelność wynosi 15,3/100 000 mężczyzn i 7,3/100 000 kobiet. Częściej występuje u mężczyzn w 6.–7. dekadzie życia. Nadal nie stwierdzono ewidentnych objawów raka żołądka.

Cel pracy

Analiza występowania objawów raka żołądka w zależności od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej i płci. Oceniano również długość trwania i jakość diagnostyki.

Metodyka

Grupę badaną stanowiło 106 chorych (65 kobiet, 41 mężczyzn) operowanych z powodu raka żołądka w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Średnia wieku wynosiła 63,95 lat (22–88 lat).

Wyniki

65% pacjentów pozostawało pod kontrolą lekarza rodzinnego z powodu objawów sugerujących obecność raka żołądka, które zarówno chorzy, jak i lekarze bagatelizowali. Średni czas obserwacji w POZ wynosił 4 miesiące (od 10 dni do 12 miesięcy). Chorzy uzyskiwali w leczeniu PPI od 2 do 12 miesięcy. Skierowanie do poradni specjalistycznej otrzymało 65,3%, na gastroscopię – 34,7%. Średni czas oczekiwania na gastroscopię wynosił ok. 3 miesiące. W 11% wynik gastroscopii i badania hist.-pat. pobranych wycinków był fałszywie ujemny. U chorych stwierdzono zakrzepicę żył obwodowych, z powodu której byli leczeni w poradni chirurgicznej (nie przeprowadzono natomiast diagnostyki przewodu pokarmowego).

Najczęstszymi objawami były: utrata masy ciała oraz dolegliwości bólowe brzucha (po 78,3%), szybkie uczucie pełności po posiłku (67,9%), odbijania (64,2%), osłabienie ogólne (62,3%), brak apetytu (57,5%), nudności (40,6%), wymioty (39,6%), czarne stolce (38,7%). Najrzadziej pojawiały się fusowate wymioty (18,9%).

Oslabienie ogólne występowało statystycznie częściej u mężczyzn ($p < 0,05$). Potwierdzono korelację między zaawansowaniem miejscowym guza, przerzutami do węzłów chłonnych oraz występowaniem przerzutów odległych a utratą masy ciała ($p < 0,05$). Stwierdzono istotną statystycznie korelację między występowaniem nudności a cechą T i M ($p < 0,05$).

Wnioski

- 1) Mimo braku specyficznych objawów dla raka żołądka można wyodrębnić grupę objawów, które powinny skłonić do rozszerzenia diagnostyki.
- 2) Stopień utraty masy ciała oraz występowanie nudności są powiązane z zaawansowaniem zmiany.
- 3) Opóźnienie leczenia wpływa na długość diagnostyki w POZ oraz jakość badań endoskopowych.

LECZENIE NIESZCZELNOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO METODĄ ENDOSKOPII W MATERIALE WŁASNYM

Artur Wiski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Wojciech Jasiński (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Michał Kaszuba (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Bartłomiej Fabian (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Barhzan Abdulla (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Paweł Cipora (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Idres Abdulla (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Mariusz Fuks (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej Szpital Wojewódzki – Koszalin, Szpital Wojewódzki – Koszalin)

Jacek Zieliński (Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej – Gdańsk)

Wstęp

Według danych epidemiologicznych rocznie dochodzi do ok. 1200 zachorowań na raka przełyku, z czego ok. 15–20% kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego, które jest podstawową metodą leczenia tej choroby. Odsetek nieszczelności po resekcji przełyku z zespoleniem przełykowo-żołądkowym wynosi 5–26%, natomiast odsetek nieszczelności po resekcji przełyku z zespoleniem przełykowo-żołądkowym – 5–8% (w bariatryi 0,6–4,4%).

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie skuteczności zastosowania metod endoskopowych w skutecznym leczeniu nieszczelności w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Metodyka

Na oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie chorzy z nowotworami przewodu pokarmowego stanowią ponad 70% hospitalizowanych. W 2016 i 2017 r. operowano 5 chorych z rakiem przełyku i 15 chorych z rakiem żołądka. Do badania włączono 2 chorych: operowanego z powodu raka przełyku (T2N1M0, *adenocarcinoma*) oraz po operacji bariatrycznej, u których stwierdzono cechy radiologiczne i kliniczne nieszczelności.

Wyniki

U chorego po resekcji raka wpustu w 4. dobie pooperacyjnej zaobserwowano: nasilenie duszności, podwyższenie parametrów zapalnych (CRP – 331, leukocytoza – ponad 7 tys.) oraz obecność w drenie w okolicy zespolenia treści niekларownej. Podjęto decyzję o ponownym otwarciu klatki piersiowej, stwierdzając obecność 2–3 mm nieszczelności, którą zaopatrzono metodą endoskopową za pomocą protezy wewnątrzprzełykowej. Chory został wypisany do domu w 4. dobie pooperacyjnej. U chorego po operacji bariatrycznej, polegającej na nieszczelności w kikucie żołądka, stwierdzonej endoskopowo oraz wzrost parametrów zapalnych (CRP – 140, leukocytoza – 14 tys.). W tym wypadku użycie protezy powlekanej, samorozprężalnej przełykowej pozwoliło na wyleczenie nieszczelności.

Wnioski

Niewielkie nieszczelności w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego mogą być skutecznie leczone metodami endoskopowymi, pod warunkiem ścisłej współpracy interdyscyplinarnej oraz dzięki wczesnemu wykryciu tego typu powikłań.

ŹRÓDŁA WIEDZY MEDYCZNEJ PACJENTÓW KIEROWANYCH DO PORADNI KOLOPROKTOLOGICZNEJ Z POWODU HEMOROIDÓW

Piotr Spychalski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Jarek Kobiela (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Dariusz Łaski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Agata Błażyńska (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Janusz Głowacki (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Andrzej Łachiński (Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

Patologie guzków krwawniczych dotyczą według różnych danych od 4,4% populacji do 86% chorych hospitalizowanych.

Cel pracy

Celem pracy była analiza metod poszukiwania informacji o hemoroidach przez pacjentów z tą chorobą, dokonana na podstawie badania ankietowego i danych uzyskanych z funkcjonalności Google Trends oraz wyników poszukiwań z wyszukiwarki Google. Ponadto analizie poddano wiarygodność uzyskanych wyników wyszukiwania.

Metodyka

Badaniu ankietowemu poddano 78 pacjentów skierowanych z powodu hemoroidów do Poradni Koloproktologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Analizie z wykorzystaniem funkcjonalności Google Trends poddano najczęstsze zapytania związane z hemoroidami. Oceniono zawartość 10 najczęstszych wyników wyszukiwań w celu zweryfikowania ich wiarygodności.

Wyniki

Ponad 80% pacjentów poszukiwało informacji o swojej chorobie w internecie, a 60% z nich było usatysfakcjonowanych rezultatem tych poszukiwań. Wyniki analizy Google Trends wskazały, że termin wyszukiwania „hemoroidy” ma znaczącą przewagę w porównaniu do pozostałych terminów. Wśród 10 najczęstszych wyników w wyszukiwarce Google większość zawierała wiarygodne i profesjonalne informacje na temat hemoroidów.

Wnioski

Pacjenci używają internetu jako źródła wiedzy o hemoroidach i są usatysfakcjonowani zdobytymi informacjami. Analiza wyszukiwań wskazuje, że informacje te mogą być wiarygodne.

WPŁYW WPROWADZENIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO NA LECZENIE CHIRURGICZNE RAKA PIERSI W ODDZIALE CHIRURGICZNYM Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM W KOŚCIERZYNIE

Piotr Woźniacki (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Daniel Maliszewski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Marcin Folwarski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Apostolis Atanasiu (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Piotr Wiśniewski (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Tomasz Polec (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Arkadiusz Kopiejć (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna)

Janusz Jaśkiewicz (Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wojciech Makarewicz (Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej, Szpital Specjalistyczny – Kościerzyna;
Katedra Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny – Gdańsk)

Wstęp

W styczniu 2015 r. Minister Zdrowia powołał Pakiet Onkologiczny, którego celem było przyspieszenie diagnostyki onkologicznej, zniesienie limitów oraz zwiększenie dostępności do nowoczesnego leczenia onkologicznego. Szybka Terapia Onkologiczna zakłada założenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz wyznaczenie maksymalnych terminów realizacji poszczególnych etapów leczenia. Niezbędnym elementem planowania i koordynacji procesu leczenia jest wielodyscyplinarne konsylium specjalistów.

Metodyka

Praca ma charakter badania obserwacyjnego, retrospektywnego. Do badania włączono 153 chorych operowanych w Oddziale Chirurgii w Kościerzynie od maja 2012 r. do maja 2017 r. z powodu raka piersi (RP). Chorych podzielono na dwie grupy: grupa A – 23 chorych (15%) operowanych przed wprowadzeniem Pakietu Onkologicznego (maj 2012–grudzień 2014); grupa B – 130 chorych (85%) operowanych w okresie po implementacji Pakietu (styczeń 2015–maj 2017). Diagnostyka zmian w piersi wykonywana jest przy pomocy biopsji gruboigłowej lub mammotomicznej. U chorych bez potwierdzonych w BAC przerzutów do węzłów chłonnych przeprowadza się SLND metodą izotopową.

Wyniki

W okresie przed wprowadzeniem Pakietu Onkologicznego wykonywano wyłącznie zmodyfikowane radykalne amputacje piersi ($n = 23$, 100%). Po wprowadzeniu Pakietu wykonano: 37 radykalnych amputacji piersi (41,1%), 37 BCT (41,1%), 16 SSM z IBR (17,8%). Dodatkowo u 23 chorych wykonano odroczoną rekonstrukcję piersi (DBR; 15 za pomocą ekspandera lub implantów oraz 8 przy pomocy płata LD), u 18 chorych wykonano operacje symetryzacyjne oraz korekcyjne. Wykonano 5 profilaktycznych mastektomii z IBR u nosicieli mutacji BRCA1.

Wnioski

Po wprowadzeniu Szybkiej Terapii Onkologicznej wyraźnie zmieniła się jakość, dostępność oraz strategia leczenia chorych z RP w Oddziale Chirurgii w Kościerzynie. Chorym proponowane są operacje oszczędzające oraz rekonstrukcyjne, poprawiające komfort i jakość życia z chorobą nowotworową. Pakiet Onkologiczny wpłynął na decyzję o przyspieszeniu powstania Pododdziału Chirurgii Onkologicznej w ramach Oddziału Chirurgicznego. Do zespołu pod kierownictwem dr. hab. W. Makarewicza dołączyli uczniowie prof. J. Jaśkiewicza – eksperta z zakresu nowoczesnego leczenia nowotworów piersi w Polsce. Leczenie chorych w Oddziale Chirurgii w Kościerzynie za sprawą Pakietu Onkologicznego spełnia coraz więcej kryteriów funkcjonowania Breast Cancer Unitu.

WYNIKI LECZENIA CHORYCH Z NIEŻYŁAKOWYM KRWAWIENIEM DO ŚWIATŁA GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Marcin Strzałka (Klinika Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Kazimierz Rembiasz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Krwawienie do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego jest jednym z najczęstszych stanów nagłych i przyczyn hospitalizacji w czasie ostrego dyżuru. Zarówno zachorowalność, jak i śmiertelność z tego powodu nie zmienia się i jest nadal wysoka, pomimo stałych postępów medycyny.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było przedstawienie wyników leczenia chorych hospitalizowanych z powodu nieżyłakowego krwawienia do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Metodyka

Badaniem zostało objętych 214 chorych leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej II Katedry Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie z powodu nieżyłakowego krwawienia do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego w latach 2015–2016. Analiza obejmowała takie czynniki jak: liczba chorych, wiek, płeć, zastosowane leczenie endoskopowe i operacyjne, konieczność transfuzji preparatów krwiopochodnych i leczenia na oddziale intensywnej terapii, częstość nawrotów krwawienia oraz śmiertelność.

Wyniki

W analizowanej grupie obejmującej 131 mężczyzn (61%) oraz 83 kobiety (39%) średni wiek wynosił 64,1 roku (SD = 16; zakres: 21–100 lat). Wczesne leczenie endoskopowe zastosowano u 191 chorych (89%), a operacyjne u 22 (10%). Transfuzje były konieczne u 180 pacjentów (84%), natomiast leczenie na oddziale intensywnej terapii u 38 chorych (18%). W analizowanej grupie częstość nawrotów krwawienia w trakcie hospitalizacji wynosiła 15%, a śmiertelność – 11%.

Wnioski

Wczesne leczenie endoskopowe oraz prawidłowa farmakoterapia chorych z nieżyłakowym krwawieniem do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego może pozwolić na poprawę wyników leczenia tego częstego stanu nagłego.

WYNIKI LECZENIA CHORYCH Z KRWAWIENIEM ŻYŁAKOWYM DO ŚWIATŁA GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Marcin Strzałka (Klinika Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Kazimierz Rembiasz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Krwawienia żylakowe do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego stanowią ok. 10% wszystkich przypadków krwawień w tej lokalizacji. Ze względu na swoją intensywność wiążą się one nadal z wysoką śmiertelnością, pomimo stałych postępów medycyny.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było przedstawienie wyników leczenia chorych hospitalizowanych z powodu żylakowego krwawienia do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Metodyka

Badaniem prospektywnym objęto chorych leczonych w Klinice Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej II Katedry Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie z powodu żylakowego krwawienia do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego w okresie od stycznia 2016 r. do maja 2017 r. Analiza obejmowała takie czynniki jak: liczba chorych, wiek, płeć, zastosowane leczenie endoskopowe i operacyjne, konieczność transfuzji preparatów krwiopochodnych i leczenia na oddziale intensywnej terapii, częstość nawrotów krwawienia oraz śmiertelność.

Wyniki

W analizowanej grupie 24 chorych, obejmującej 17 mężczyzn (70,8%) oraz 7 kobiet (29,2%), średni wiek wynosił 53,5 roku (SD = 17,9; zakres: 22–87 lat). Leczenie endoskopowe zastosowano u 22 chorych (91,7%), leczenie operacyjne u 1 pacjenta (4,2%). Transfuzje były konieczne u 21 osób (87,5%), natomiast leczenie na oddziale intensywnej terapii u 3 chorych (12,5%). W analizowanej grupie częstość nawrotów krwawienia z żylaków w trakcie hospitalizacji wynosiła 12,5%, a śmiertelność 16,6%.

Wnioski

Wczesne leczenie endoskopowe oraz prawidłowa farmakoterapia chorych z żylakowym krwawieniem do światła górnego odcinka przewodu pokarmowego może pozwolić na poprawę wyników leczenia tego groźnego powikłania nadciśnienia wrotnego.

IZOLOWANE NIEDOKRWIENIE PRAWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY

Jadwiga Snarska (Katedra i Klinika Chirurgii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Piotr Masiulaniec (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Maciej Michalak (Zakład Diagnostyki Obrazowej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Artur Zalewski (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Bartłomiej Biedziuk (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Izolowane niedokrwienie prawej połowy okrężnicy to rzadka ostrożykowa patologia jamy brzusznej. Patogeneza tego zagrażającego życiu schorzenia nadal jest niewyjaśniona.

W minionym dziesięcioleciu w Klinice Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie hospitalizowano i leczono 7 chorych, w tym 2 z nich było pacjentami OIT. Problem ten dotyczył chorych w różnym wieku, od 48 do 79 lat. Z badania podmiotowego wynikało, że wszyscy chorzy byli nałogowymi palaczami, u 4 występował przewlekły alkoholizm. W przypadku 2 chorych występowały zaburzenia krzepnięcia, w związku z powyższym należało przygotować do zabiegu operacyjnego, co zdecydowanie opóźniło interwencję chirurgiczną. Objawy tego zagrażającego życiu schorzenia były nietypowe, w 3 przypadkach chorzy rozwinęli wielonarządową niewydolność w przebiegu wstrząsu septycznego.

W badaniach obrazowych w TK bez podania kontrastu nie było u 3 chorych zmian wskazujących na postępującą martwicę prawej połowy okrężnicy, w pozostałych 2 przypadkach opisywano pogrubienie ściany prawej połowy jelita grubego i tylko u kolejnych

2 gaz w obrębie krezki czy w wątrobie. Wszyscy byli operowani w różnym czasie od wystąpienia objawów. W analizowanej grupie chorych wykonano prawostronną hemikolektomię, u 5 z zespoleniem jelitowym, a w 2 przypadkach wyłoniono 2 stomie.

U 1 chorego w 3. dobie doszło do zatoru tętnicy krezkowej dolnej i wystąpiła martwica odbytnicy, u innego chorego do ostrej zakrzepicy tętnicy krezkowej górnej, a u kolejnego pojawiły się zatory w kilku miejscach w obrębie naczyń prostych przyokrężniczych jelita zstępującego. Wszyscy chorzy byli w stanie septycznym, a u chorych reoperowanych wystąpiła niewydolność wielonarządowa. U tych chorych doszło do zejścia śmiertelnego.

W przypadku innych 2 pacjentów przyczyną zejścia śmiertelnego była narastająca niewydolność krążenia. W 1 przypadku po 8 miesiącach została wykonana operacja przywracająca ciągłość przewodu pokarmowego.

Wnioski

Wyniki leczenia izolowanego niedokrwienia prawej połowy okrężnicy nadal są niesatysfakcjonujące i obarczone znacznego stopnia śmiertelnością, mimo postępu w diagnostyce.

LECZENIE ETAPOWE KRWOTOKU Z PĘKNIĘTEGO RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO – OPIS PRZYPADKU

Marcin Makiewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Włodzimierz Cebulski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Paweł Nyckowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Andrzej Kluciński (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Maciej Słodkowski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Krwotok do jamy otrzewnowej jest rzadko pierwszym objawem raka wątrobowokomórkowego.

Opis przypadku

65-letnia chora z licznymi obciążeniami (otyłość patologiczna, NT, stan po udarze niedokrwiennym mózgu) przyjęta do szpitala z powodu krwotoku do jamy otrzewnowej z guza wątroby. Chora przywieziona przez zespół PR do Izby Przyjęć w stanie ogólnym ciężkim. W wykonanych badaniach obrazowych (USG. oraz TK jamy brzusznej) opisano jamę otrzewnej wypełnioną krwią oraz zmianę ogniskową wątroby o wymiarach 56 × 38 mm na pograniczu segmentów IVb i V. Hemoglobina przed operacją 8,2 g/dl. Chora operowana doraźnie we wstrząsie hipowolemicznym. Wykonano laparotomię, pobrano wycinki do badania histopatologicznego z guza wątroby oraz wykonano packing jamy otrzewnej. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego w kolejnej dobie chora poddana embolizacji tętnic doprowadzających do segmentów IV i V. Następnego dnia chora zakwalifikowana do relaparotomii. Wykonano depacking jamy otrzewnowej oraz wykonano resekcję segmentów IVb i V wraz z guzem.

Po operacji przez 8 dni chora przebywała na Oddziale Intensywnej Terapii. W trakcie pobytu w OIT z powodu braku kontaktu logicznego podejrzewano kolejny udar. Wykonano TK głowy, w którym nie uwidoczniło nowych ognisk uda-

rowych. Po poprawie stanu ogólnego chora przeniesiona na oddział, gdzie poddawana była intensywnej rehabilitacji. W trakcie hospitalizacji wymagała przetoczenia 8 j KKCz i 2 j FFP. W wyniku histopatologicznego rozpoznano HCC, marginesy chirurgiczne wolne. Wypisana do zakładu opiekuńczo-leczniczego w 28. dobie po operacji celem kontynuacji usprawniania i rehabilitacji. 6 tygodni po wypisaniu ze szpitala chora ponownie hospitalizowana z powodu zatorowości płucnej pomimo stosowania heparyny drobnocząsteczkowej w dawkach profilaktycznych. Wdrożono wówczas heparynę drobnocząsteczkową w dawkach leczniczych. Wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Po 4 miesiącach chora ponownie przyjęta do szpitala w stanie ogólnym średnio-ciężkim z powodu ostrej przednerkowej niewydolności nerek. W ramach diagnostyki obrazowej chora miała wykonane badanie USG. jamy brzusznej, w którym opisano wątrobę bez zmian ogniskowych oraz torbiel nerki prawej, bez innych nieprawidłowości. Chorą wypisano do domu w stanie ogólnym dość dobrym.

Wnioski

Leczenie etapowe chorych we wstrząsie spowodowanym krwotokiem z pękniętego raka wątroby pozwala wyprowadzić pacjenta ze wstrząsu i w kolejnych etapach leczenia poddać radykalnemu leczeniu onkologicznemu.

CZYNNIKI RYZYKA 30-DNIOWEJ ŚMIERTELNOŚCI U CHORYCH Z NIEŻYŁAKOWYM KRWAWIENIEM Z GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Marek Winiarski (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Anna Lasek (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Magdalena Pisarska (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Mateusz Rubinkiewicz (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Piotr Małczak (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Krzysztof Przęczek (Studenckie Koło Naukowe II Katedry Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Jan Kulawik (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Marcin Dembiński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Andrzej Budzyński (II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) stanowi jeden z najczęściej spotykanych problemów podczas ostrego dyżuru. Pomimo rozwoju endoskopowych metod tamowania krwawienia oraz wprowadzenia inhibitorów pompy protonowej do leczenia choroby wrzodowej, śmiertelność pacjentów z nieżyłakowym krwawieniem z GOPP pozostaje na względnie stałym poziomie i wynosi ok. 5–12% przypadków.

Cel pracy

Celem pracy było określenie czynników ryzyka 30-dniowej śmiertelności u chorych z nieżyłakowym krwawieniem z GOPP.

Metodyka

Do badania włączono pacjentów leczonych w II Katedrze Chirurgii Ogólnej Uniwersytet Jagielloński COLLEGIUM MEDICUM w Krakowie w latach 2011–2016 z powodu nieżyłakowego krwawienia z GOPP potwierdzonego endoskopowo. Z badania wyłączono chorych z krwawieniem o etiologii związanej z nadciśnieniem wrotnym oraz tych, u których nie można było ocenić 30-dniowej śmiertelności. Przeanalizowano: podstawowe dane demograficzne, stan pacjenta przy przyjęciu, obecność chorób towarzyszących, znaleziska endoskopowe, konieczność leczenia operacyjnego oraz obecność nawrotu krwawienia.

Wyniki

Analizie poddano 319 pacjentów. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 66 lat, a 66,8% chorych stanowili mężczyźni. Dla 15,4% pacjentów był to już kolejny epizod krwawienia z GOPP. U większości pacjentów stwierdzono endoskopowo aktywne krwawienie (Forrest Ia 11,3% oraz Forrest Ib 51,1%). Najczęstszą przyczyną krwawienia było krwawienie o etiologii wrzodowej (37,7% – opuszka dwunastnicy, 31% – żołądek).

W trakcie 30 dni od epizodu krwawienia zmarło 27 pacjentów (8,5%). Nawrót krwawienia zaobserwowano u 36 pacjentów (11,3%), a zabiegu operacyjnego wymagało 5 chorych (1,6%).

Wykonano jedno-, a następnie wieloczynnikową analizę regresji, która wykazała, że jedynie obecność chorób towarzyszących (OR 2,22, 95% CI 0,66–7,51, $p = 0,0471$), brak przytomności (OR 7,39, 95% CI 1,03–53,27, $p = 0,0471$) i niestabilność hemodynamiczna przy przyjęciu (OR 1,96, 95% CI 1,21–3,16, $p = 0,0056$) oraz nawrót krwawienia (OR 3,54, 95% CI 1,13–11,0721, $p = 0,0301$) stanowią niezależne czynniki ryzyka zgonu u pacjentów z nieżyłakowym krwawieniem z GOPP.

Wnioski

U pacjentów z krwawieniem z GOPP należy położyć szczególny nacisk na ocenę stanu ogólnego przy przyjęciu do szpitala, ponieważ zarówno zaburzenia przytomności, jak i niestabilność hemodynamiczna stanowią czynniki ryzyka późniejszego zgonu. Ponadto należy również zwrócić uwagę na wczesne wykrycie ewentualnego nawrotu krwawienia oraz rozważyć wykonanie planowej ponownej endoskopii u pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu krwawienia.

MARTWICA ŚCIANY DWUNASTNICY Z PERFORACJĄ DO PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ W PRZEBIEGU ROPNIA OKOŁONERKOWEGO. OPIS PRZYPADKU I SPOSÓB ZAOPATRZENIA

Michał Komoń (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM
– Centralny Szpital Weteranów – Łódź)

Sławomir Jabłoński (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM
– Centralny Szpital Weteranów – Łódź)

Szymon Wcisło (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM
– Centralny Szpital Weteranów – Łódź)

Leszek Kutwin (Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM
– Centralny Szpital Weteranów – Łódź)

Perforacja dwunastnicy jest rzadkim i groźnym ostrym stanem chirurgicznym, do którego dochodzi zazwyczaj w wyniku powikłań zabiegów laparoskopowych oraz endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego. Niewielki rozmiar uszkodzeń powstałych w tym mechanizmie i wczesne rozpoznanie pozwalają na ich skuteczne pierwotne zaopatrzenie. Najtrudniejszym wyzwaniem chirurgicznym jest efektywne leczenie perforacji dwunastnicy

ze współistniejącymi zmianami patologicznymi jej ściany. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek rozległej perforacji części zstępującej dwunastnicy obejmującej 2/3 jej obwodu, z martwiczo zmienionym brzegiem ubytku, powstałej w przebiegu ropnia okołonerkowego oraz niestandardowe skuteczne operacyjne leczenie perforacji na wyizolowanej wolnej pętli jelita cienkiego w skojarzeniu z wyłączeniem pasażu żołądkowo-dwunastniczego.

SKOK CIĘŻARNEJ W 26 TYGODNIU CIĄŻY Z 9 PIĘTRA - OPIS OBRAŻEŃ MATKI I PŁODU, BADANIA PORÓWNAWCZE

Piotr Celmer (Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Jakub Dumała (Warszawski Uniwersytet Medyczny – Warszawa)

Wstęp

Przypadki ciężkich urazów u kobiet ciężarnych zdarzają się rzadko, a zatem każdy z nich choćby już z tego powodu jest cennym i wiarygodnym źródłem informacji na temat ochrony zapewnianej przez macicę podczas ciąży. Medycy sądowi niekiedy stoją przed koniecznością opiniowania skutków pobić lub innych urazów, w tym wypadków komunikacyjnych, u ciężarnych, u których doszło do poronienia lub urodzenia się dziecka z obrażeniami. Podstawową trudnością jest opiniowanie na temat, czy mogło dojść do powstania wewnątrzmacicznie obrażeń w opisywanych okolicznościach, biorąc pod uwagę ochronę zapewnianą przez macicę. Prezentowany przypadek może pomóc w opiniowaniu tego typu zdarzeń, wskazując korelację obrażeń wewnątrzmacicznych z ciężkością obrażeń odniesionych przez matkę.

Opis przypadku

34-letnia kobieta w 26. tygodniu ciąży poddana sekcji po samobójczym skoku z 9. piętra budynku mieszkalnego. Badanie sekcyjne wykazało rozległe uszkodzenia, w tym złamanie wszystkich wyrostków kolczystych w odcinku szyjnym, wieloodłamowe złamania w obrębie kości piszczelowej i strzałkowej obu kończyn, w jamach opłucnowych obecność łącznie 900 ml krwi i skrzeplin, worek osierdziowy pęknięty na długości 8 cm, w obrębie miednicy wieloodłamowe złamania kości krzyżowej i kości łonowych wraz z rozerwaniem spojenia łonowego. Łożysko odwarstwione na szerokości 4 cm. Płód nie wykazywał obrażeń zewnętrznych, wewnątrznie stwierdzono złamanie kości potylicznej po stronie prawej, krew pod oponą twardą, wylewy w ścianie żyły głównej górnej, uszkodzenie śledziony i wątroby. Ponadto wykonano pośmiertną tomografię komputerową matki i płodu.

Wyniki

Ochronne właściwości macicy są powodem znacznej różnicy w rozległości obrażeń płodu i matki. Macica doskonale chroni przed obrażeniami zewnętrznymi. Duże siły działające wewnątrz skutkują zwykle uszkodzeniami narządów mięsistych, jak również kości czaszki płodu. Głównym problemem w masywnych urazach jest odklejenie łożyska.

ZATOR I OSTRY ZAKRZEP TĘTNICY KREZKOWEJ GÓRNEJ, A SEPSA

Jadwiga Snarska (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Maciej Michalak (Zakład Diagnostyki Obrazowej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Piotr Masiulaniec (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Rafał Suszkiewicz (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Krzysztof Jacyna (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Danuta Dąbrowska-Parafianowicz (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Wstęp

Ostre niedokrwienie jelit jest spowodowane najczęściej zatorem lub ostrą zakrzepicą naczyń kręzkowych górnych.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza stanu chorych przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie z powodu ostrego niedokrwienia jelit.

Metodyka

W latach 2008–2016 leczono 23 chorych z powodu zatoru lub ostrej zakrzepicy tętnicy kręzkowej górnej. Wiek chorych wahał się od 58 do 97 lat. Chorzy zgłosili się do Kliniki od 2 do 12 godzin od wystąpienia silnych dolegliwości bólowych. W przypadku 2 chorych po wykonaniu diagnostyki udało się przekazać do leczenia na Oddziale Chirurgii Naczyniowej. Pozostałych 21 chorych było diagnozowanych i leczonych operacyjnie w czasie od 8 do 24 godzin. W 18 przypadkach w badaniu podmiotowym dominował bardzo silny ból brzucha. Do ok. 8–12 godzin trwania choroby nie stwierdzało się istotnych objawów otrzewnowych poza tkliwością jamy brzusznej. Aż 18 chorych było zakwalifikowanych do operacji po wykonaniu TK jamy brzusznej, w 5 przypadkach bez kontrastu ze względu na parametry nerkowe i tylko w 5 wykonano AngioTK. W 3 przypadkach ze względu na skrajnie ciężki stan ogólny, zaawansowany wiek, współistniejące choroby i ASA V odstąpiono od zabiegu operacyjnego. U chorych zakwalifikowanych do operacji wykonano zabiegi resekcyjne jelit i aż w 11 przypadkach zespolenie jelitowe, w pozostałych wyłoniono stomię. W 3 przypadkach chorych należało reoperować ze względu na wystąpienie objawów zapalenia otrzewnej już w 2. dobie i utrzymujących się silnych dolegliwości bólowych, kolejnych 4 chorych wymagało ponownego leczenia chirurgicznego ze względu na wystąpienie przetoki.

Wyniki

Wszyscy chorzy kwalifikowani do operacji byli w stanie septycznym lub rozwijali wstrząs septyczny mimo wdrożonego leczenia. Po zabiegu operacyjnym w 5 przypadkach należało przekazać na OIT bezpośrednio po zabiegu, a w 3 w ciągu kilku godzin. Mimo zastosowanego intensywnego leczenia farmakologicznego i leczenia operacyjnego w 12 przypadkach doszło do zgonu.

Wnioski

Zgodnie z doniesieniami literaturowymi zbyt wydłużany jest okres diagnostyki przedoperacyjnej i późno kwalifikowani są chorzy do operacji z powodu braku charakterystycznych objawów. Obciążenie chorobami współistniejącymi i trudność w wykluczeniu odruchowego kurczu naczyń trzewnych u chorych w młodszym wieku ma wpływ na opóźnienie decyzji leczenia operacyjnego. Nadal ta grupa chorych leczonych operacyjnie wyróżnia się wysoką śmiertelnością.

ZEMSTA SCHÖNLEINA I HENOCHA: PRZYPADEK ROZLANEGO ZAPALENIA OTRZEWNEJ U DOROSŁEGO PACJENTA Z ZAPALENIEM NACZYŃ ZWIĄZANYM Z IgA

Marcin Strzałka (Klinika Chirurgii Ogólnej, Obrazów Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Kazimierz Rembiasz (Klinika Chirurgii Ogólnej, Obrazów Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej, II Katedra Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum – Kraków)

Wstęp

Choroba zwana dawniej plamicą Schönleina-Henocha jest występującym zwykle u dzieci autoimmunologicznym zapaleniem naczyń związanym z IgA. Wystąpienie tej jednostki chorobowej u osoby dorosłej jest rzadko obserwowane.

Opis przypadku

Niniejsza praca przedstawia przypadek 34-letniego mężczyzny z wysypką skórą, wysoką gorączką, zajęciem nerek oraz bólami mięśni i stawów oraz silnymi dolegliwościami bólowymi brzucha. U pacjenta w przebiegu choroby wystąpiły także fizyczne objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego techniką laparoskopową. Śródoperacyjnie stwierdzono obecność surowiczego płynu w jamie otrzewnej, obrzęku i poszerzenia jelita cienkiego z wybroczynami w jego ścianie. Wykonano laparoskopowe płukanie i drenaż jamy otrzewnej. Dalsze leczenie z użyciem antybiotyków, steroidów, inhibitora pompy protonowej oraz leków przeciwbólowych pozwoliło pacjentowi na powrót do zdrowia bez powikłań.

POOPERACYJNE NIEDROŻNOŚCI ZROSTOWE - DIAGNOSTYKA, ANALIZA PRZYZYNY I LECZENIE OPERACYJNE

Jadwiga Snarska (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Piotr Masiulaniec (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski – Olsztyn)

Agata Kozłowska (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Maciej Kuciel (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Katarzyna Suszkiewicz-Kiliańczyk (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Rafał Suszkiewicz (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Przemysław Stefaniak (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii – Olsztyn)

Niedrożności przewodu pokarmowego, niezależnie od przyczyny, to jeden z powodów hospitalizacji chorych w Klinice czy na Oddziale Chirurgicznym. Mimo postępu w technikach operacyjnych niedrożności zrostowe, szczególnie w obrębie jelita cienkiego, nadal zdarzają się dość często, podobnie jak niedrożności porażenne, w przypadku których niejednokrotnie wykonywane są laparotomie czy laparoskopie.

W ciągu ostatniego 10-lecia hospitalizowano 175 chorych z powodu niedrożności, przyczyną czego były przebyte operacje z różnych powodów. W 29 przypadkach po zastosowanym leczeniu farmakologicznym dolegliwości u tych chorych ustąpiły i powróciła prawidłowa funkcja przewodu pokarmowego. Analiza pozostałej grupy chorych wykazała, że w 36 przypadkach przebyli oni appendektomię powikłaną zakażeniem miejsca operowanego, zwykle dotyczyło to zgorzeliowego czy ropowiczego zapalenia wyrostka robaczkowego z towarzyszącym ropnym lub zapalnym wysiękiem jamy brzusznej.

Druga grupa chorych to kobiety po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie miednicy małej. Następna przyczyna niedrożności zrostowej to chorzy po operacjach jelita grubego z powodu raka lub zmian o innym charakterze. W pozostałej grupie byli pacjenci, którzy już przebyli operacje niedrożności z powodu choroby zrostowej. Analiza przyczyn wystąpienia zrostów to zwykle: stany zapalne w obrębie jamy brzusznej, przebyte zabiegi operacyjne powikłane zakażeniem miejsca operowanego, rozejściem zespolenia, nieszczelnością, przebyte reoperacje i zaburzenia gojenia się rany. Analiza materiału klinicznego wykazała, że powinniśmy dołożyć wszelkich starań, aby zminimalizować odsetek powikłań pooperacyjnych, a także wcześniej rozpoznawać i leczyć ogniska zapalne w obrębie jamy brzusznej.

CHOROBY MOCZOWNIKA PRZYCZYNĄ „OSTREGO BRZUCHA” - OPIS W PRZYPADKU

Jarosław Świrta (Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej z Onkologią, Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza – Kraków)

Wstęp

Moczownik jest strukturą pojawiającą się w 5. miesiącu życia płodowego, stanowią pozostałość omocznia. W znakomitej większości ulega obliteracji, pozostawiając więzadło pępkowe. Choroby moczownika występują niezmiernie rzadko, stąd wysokie prawdopodobieństwo pominięcia ich w diagnostyce różnicowej bólu brzucha. Szacuje się, że pozostałości moczownika mogą występować nawet u 60% populacji z dolegliwościami ze strony układu moczowego. U dorosłych najczęstszym zaburzeniem rozwojowym jest torbiel moczownika, która odpowiada za 30% nieprawidłowości tego narządu. Najczęściej torbiele moczownika są bezobjawowe, jednakże mogą być przyczyną dolegliwości o szerokim spektrum, takich jak ból w podbrzuszu, częstomocz i parcie na mocz, gorączka, obrzęk oraz wyciek treści ropnej z pępka, niedrożność przewodu pokarmowego, a nawet imitować „ostrego brzucha”, zwłaszcza przy przerwaniu jej ciągłości i wydostaniu zakażonej treści zawartości do jamy

otrzewnej. W pracy przedstawiono przypadek 49-letniego pacjenta z guzem umiejscowionym w przestrzeni Retziusa. Od 2 dni stwierdza dolegliwości bólowe w zakresie całego podbrzusza z największym nasileniem w okolicy nadłonowej, wymioty oraz gorączkę do 38,5°C. Fizykalnie brzuch bolesny w zakresie całego podbrzusza z obroną mięśniową w prawym dolnym kwadrancie oraz badalnym oporem nad spojeniem łonowym. W badaniach laboratoryjnych podwyższone stężenie parametrów zapalnych. W TK jamy brzusznej uwidoczniono w szczycie pęcherza moczowego guz o wymiarach 13 × 8 cm. Chory został zakwalifikowany do zabiegu z podejrzeniem raka moczownika. Guz wycięto w całości wraz z fragmentem ściany pęcherza moczowego. W 9. dobie pozabiegowej chory został wypisany do domu. W ciągu kolejnych 6 miesięcy nie stwierdzono powikłań.

OPERACJE GUZÓW NADNERCZY W MATERIALE WŁASNYM KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ, MAŁOINWAZYJNEJ I GASTROENTEROLOGICZNEJ POMORSKIEGO UNIWESYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE

Jerzy Lubikowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego - Szczecin)

Adam Przepiera (SKN Kliniki Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej - Szczecin)

Anita Suwała (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego - Szczecin)

Jan Pawlus (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego - Szczecin)

Konrad Jarosz (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego - Szczecin)

Anhelli Syrenicz (4Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego - Szczecin)

Tadeusz Sulikowski (Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego - Szczecin)

Wstęp

W 1889 Thornton wykonał pierwszą adrenalektomię sposobem otwartym, w 1991 r. wykonano pierwsze usunięcie nadnercza metodą laparoskopową.

Celem pracy była analiza przypadków chorych operowanych z powodu guza nadnercza z uwzględnieniem rodzaju dostępu operacyjnego.

Materiał i metodyka

W okresie 23 lat zoperowano 186 chorych z rozpoznaniem guzem nadnercza - 138 (74,19%) kobiet i 48 (25,81%) mężczyzn. Średnia wieku operowanych wynosi 50 ± 12 lat. Poddano analizie rodzaj i wielkość guza nadnercza, rodzaj dostępu operacyjnego oraz występowanie powikłań okołoperacyjnych i przyczyny konwersji do metody otwartej.

Wyniki

Wśród pacjentów u 72 osób (38,71 %) guz nadnercza występował po stronie lewej, u 104 (55,91 %) po prawej i 10 (5,38 %) obustronnie. U 111 osób zastosowano dostęp otwarty, u 76 – videoskopowy. W 12,50% przypadków konieczna była konwersja do zabiegu otwartego. W badanym materiale 63,30% miało guz hormonalnie nieczynny, 11,82 % - zespół Cushinga, 12,36% - zespół Conna, 14,52% - guz chromochłonny.

Wnioski

1. Guzy złośliwe nadnercza były operowane wyłącznie metodami klasycznymi.
2. Zabiegi videoskopowe zarezerwowano dla łagodnych guzów nadnercza, których średnica była w granicach 2 - 4 cm.



21. Annual Meeting of the European Society
of Surgery – ESS

DONIESIENIA ESS

ESS REPORTS

RETROPERITONEAL SOFT TISSUE SARCOMAS

Rossen Madjov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Vasil Bozhkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Ilko Plachkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Plamen Chernopolsky (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Todor Ivanov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Background

Retroperitoneal sarcomas (RPS) are rare malignant tumors with aggressive disease course and high local recurrence rate. Of all soft tissue sarcomas 10-20% are located in the retroperitoneum.

Aim

Perform a retrospective analysis of treatment in 51 patients with primary or recurrent RPS.

Results

Peak incidence of RPS occurs in the fifth-sixth decade of life, although RPS may occur in any age group. At the time of diagnosis 30% had distant metastases, most commonly in the liver.

Liposarcoma was the most common type (found in 21 patients), followed by leiomyosarcoma. Operative treatment consisted of complete tumor resection in 58% of the patients. In 9 patients there was recurrence (mean disease free period - 9 months) and required reoperation.

Conclusion

Aggressive surgery is recommended in majority of patients with RPS. Complete tumor resection (en bloc) and low malignancy grade were independent favourable prognostic factors. Findings suggest that patients with RPS should be treated in specialized centers with high experience in the multidisciplinary therapeutic approach.

LIVER SURGERY PLANNING AND GUIDANCE AIDED BY 3D PRINTING

Jan Witowski (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Mateusz Sitkowski (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Zuzanna Malina (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Piotr Major (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Andrzej Budzyński (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Michał Pędziwiatr (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Introduction

Three-dimensional printing (3DP) has been found beneficial in preoperative planning for the past few years. Liver surgery, as one of the most skill-demanding surgical fields, is potentially a discipline that might find 3DP useful, thanks to its possibility to recreate a patient's specific anatomy and ability to precisely plan complex operations.

Aims

Study objective was to prove the effectiveness of 3DP in planning and guidance of complex laparoscopic liver procedures in oncological patients.

Methods

Preoperative computed tomography images of patients selected for the study were acquired and processed with 3D Slicer and Blender. Virtual models of anatomical structures, including vasculature, tumor and liver parenchyma, were printed on a desktop 3D printer with polylactic acid, assembled into a mold, which was later used to cast silicone. Personalized, transparent, full-sized liver models were provided to surgical teams prior to the procedure for planning. They were also used as a tool for patients' education and during the surgery for extra visualization.

Results

Several 3D-printed models were created and successfully used in planning and executing liver tumor resections. Surgeons expressed their satisfaction with the accuracy of the models and found them more useful than standard planning based on pure computed tomography or virtual rendering. To our knowledge, workflow used to create models in our study is the most cost-effective worldwide, and these are the first cases in Poland to make use of 3DP technologies.

Conclusions

Our study proves that creating patient-specific anatomical models with 3DP is possible and relatively affordable. It could significantly improve treatment process in liver surgery, especially in cases with complex anatomy, requiring additional planning tools. Although early reports suggest that 3DP could improve perioperative parameters, more evidence is needed. An ongoing randomized controlled trial in our department is aimed at delivering quantitative results on this approach.

EFFECT OF STANDARD NORMOTHERMIA PROTOCOL ON SURGICAL SITE INFECTIONS: RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Ali Kadir Değirmenci (Dokuz Eylül University General Surgery Department - Izmir)

Mustafa Cem Terzi (Dokuz Eylül University Department of Colorectal and Pelvic Surgery of General Surgery Department - Izmir)

Background

Inadvertent hypothermia is a common effect of anesthesia and surgery which may cause several serious complications. The aim of this study is to investigate the efficiency of a standard normothermia protocol and its effectiveness on postoperative surgical site infection rate.

Methods

Elective, open major abdominal operations between June 2013 and December 2015 were included in the study. These surgeries were all preoperatively not infected/dirty, (hepatobiliary/upper gastrointestinal/colorectal), under general anesthesia, longer than 30 minutes and on patients over the age of 18. Exclusion criteria were emergency surgery, local/locoregional procedures, laparoscopic operations, minor abdominal operations, malignant hyperthermia, signs of active infection, immunosuppression, severe malnutrition, kidney/liver failure and antibiotic use within the previous 1 week, or immunosuppressive use within the previous 1 month and reversal of patient's consent. Patients were randomized into 2 groups. In the intervention group, perioperative management and warming was performed according to a standard normothermia protocol. Routine patient warming methods regardless of a standard protocol were performed in the control group. Except for the normothermia protocol, perioperative care considering medications and passive warming methods were the same in both groups. Hypothermia was defined as body temperature lower than 36°C. Body temperature was monitored with a noninvasive, continuous, effective temperature monitoring system during the perioperative period. Demographic and perioperative characteristics as well as all the perioperative period's body temperatures were recorded. Primary outcome was comparison of SSI rates between groups and secondary were effects of protocol on the maintenance of normothermia.

Findings

Out of 128 patients, 118 (55 in the normothermia protocol study group, 63 in the control groups) were included in the analysis. 9 patients from the intervention group and 1 from the control group were excluded from analysis. Groups were similar regarding demographic and surgical characteristics, operative time, wound classifications and perioperative characteristics. The mean of 18 measurements of temperature was $36.54 \pm 0.36^\circ\text{C}$ in study and $36.16 \pm 0.34^\circ\text{C}$ control groups with $p < 0.001$, respectively. Overall SSI rate was 22.8% (n=27). In intervention group SSI rate was less 16.3% (n=9) than control group 28.5% (n=18) and the difference was statistically significant ($p=0.045$).

Conclusion

A standardized protocol of normothermia significantly reduces SSI rates and the incidence of hypothermia.

POPULARIZING SAGES SAFE CHOLECYSTECTOMY PROGRAM AMONG DANISH SURGEONS FOR GREATER SAFETY IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Jan Krzak (Department of Surgery, Sygehus Sønderjylland - Aabenraa)

Mirosław Szura (Department of Experimental and Clinical Surgery, Jagiellonian University Medical College - Krakow)

Ada Krzak (University of Cambridge - Cambridge)

Jonas Sanberg Jensen (Department of Surgery, Odense Universitet - Odense)

Introduction

We aim to popularize SAGES Safe Cholecystectomy Program among Danish surgeons.

Method

In June and November of 2016, 2 surveys were conducted at the surgical meetings in Denmark. In the first part of the survey participants were asked questions about their knowledge and implementation of Danish and international guidelines in everyday practice, together with questions about age, sex, experience, estimated number of performed cholecystectomies, and their experience of severe complications such as bile duct injuries and bile leaks. In the second part of the survey the strategies suggested by the SAGES Safe Cholecystectomy Program were presented, and the participants were asked to assess the importance of those strategies according to their personal experience on a scale from 0 to 9, 0 being completely irrelevant and 9 being absolutely crucial. Answers given by residents and attendings were then compared.

Results

Participants at a symposium about the surgical treatment of gallstones (SSTG) in the Central Denmark Region and at the annual meeting of The Danish Surgical Society (DKS) received the questionnaire. 40 % at DKS and 84% at SSTG of the questionnaires were completed fully. 47 questionnaires were completed by attendings and 47 by residents. The average age among attendings was 47.3 years and the average experience as surgeons was 17.2 years, while among residents the average age was 35.4 years and the average experience was 4.4 years. 31.9% of attendings were female compared to 40% of residents. Among residents none had performed over 500 cholecystectomies. Among attendings 23.4% had performed more than 500. 31.9% of attendings experienced bile duct injury during their career and 68% experienced bile leaks, as compared to 8.5% of bile duct injury and 27.6% of bile leaks among residents. 87.2% of attendings knew and implemented Danish guidelines in daily practice, while also 55.6% knew and implemented international guidelines. Among residents corresponding numbers were 51% and 33%.

All participants agreed that the strategies suggested by the SAGES Safe Cholecystectomy Program were very important with the average score varying from 7.45 to 8.94 among participants at SSTG and from 6.70 to 8.67 among participants at DKS.

Conclusion

The strategies listed by the SAGES Safe Cholecystectomy Program were unanimously voted very important by surgeons in Denmark. Popularizing SAGES Safe Cholecystectomy Program seems suitable to ensure greater safety in laparoscopic cholecystectomy.

STARTING A NEW CRS AND HIPEC PROGRAMME IN THE AREA OF THE CZECH REPUBLIC

Dusan Klos (University Hospital Olomouc, Dep. of Surgery - Olomouc)

Bohuslav Melichar (University Hospital Olomouc, Dep. of Oncology - Olomouc)

Radmila Lemstova (University Hospital Olomouc, Dep. of Oncology - Olomouc)

Michaela Zezulova (University Hospital Olomouc, Dep. of Oncology - Olomouc)

Sarka Fritscherova (University Hospital Olomouc, Dep. of Anesthesiology - Olomouc)

Introduction

Cytoreductive surgery (CRS) combined with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy is a method that has undergone much development since the late 1980s, and one that has been steadily gaining popularity worldwide. The principal indications include primary tumours of the peritoneum and secondary tumours originating from the GIT, ovaries or uterus. Given the relatively demanding surgical procedure involved, the need for multidisciplinary cooperation, the use of cytostatics under operating room conditions, the relatively high number of postoperative complications and the long learning curve, several basic conditions must be met before launching such a program in order to ensure that the method will be successful and safe.

Methods

The principal condition for starting a new centre is to win the support of a hospital-based institution for the development of a peritoneal cancer program. Pro-active hospital personnel and sufficient economic resources are indispensable. At the very beginning, a suitable location for such a project must be selected. The most suitable location appears to be one within an already established complex oncology institute, that has at its disposal a team of highly qualified surgeons with sufficient experience in the field of colorectal and abdominal surgery together with a team of gynaecology oncologists, clinical oncologists, radiation therapists, endoscopists as well as anaesthesiologists, intensivists, psychologists, radiologists and interventional radiologists and pathologists. The hospital's management must draw up a detailed business plan of the project including expected costs and revenues within the Czech DRG system, requirements for safety at work and working conditions. Another explicit condition for the successful launch of CRS and HIPEC is the specialist consultation and mentoring by one of the reference international centres including mandatory long-term educational stays with direct participation in surgical procedures at the said training centre. It is then necessary in cooperation with the reference institution to standardise the project specifically for the envisaged centre and to set up standard operating procedures that would make the process of indications.

Conclusion

If the basic steps for launching a CRS and HIPEC centre are observed, it is possible to create a successful multidisciplinary team that will provide highly qualified and sophisticated care to these patients.

THE BEST WAY OF MANAGING MAJOR LIVER TRAUMA

Kaluthanthiri Patabandi Vidu Ruchira De Silva (National Hospital Of Sri Lanka - Colombo)

Purpose

The liver is the most frequently injured solid intra-abdominal organ following blunt and penetrating injuries. Hence, liver injuries contribute to high mortality and morbidity. Early diagnosis and pacesetting treatment would minimise the morbidity, mortality and hospital stay. The main modalities of management protocols are surgical (haemodinamically unstable) and non-surgical (haemodinamically stable).

Method

153 patients from 20 to 80 years of age, who had liver trauma were analysed. 89 patients were managed non surgically, while 64 patients underwent surgical management. 34 surgical patients were treated with packing and the rest were managed with resection, suturing, and haemostatic agents like gel foams, surgicel and glues.

Results

21 out of the 89 patients who were initially managed non-surgically, underwent surgery and subsequent packing due to failure of the non- surgical approach. Out of the 30 patients who had undergone surgery without packing, 12 developed complications like DIC, sub hepatic abscesses or biliary fistulae, and 6 died due to sepsis. Out of the 34 patients treated initially with packing, 5 developed complications following packing, but none were fatal.

Conclusion

When compared to surgical management without packing, using packing alone has shown better results, which were found to be statistically significant (Chi test 105.3 with df 2; $p < 0.001$). It has been confirmed that packing has improved the outcome of major liver trauma.

THE IMPACT OF A DIABETIC FOOT SERVICE ON LIMB SALVAGE FOR ALL PATIENTS WITH VASCULAR DISEASE

Quratulain Qureshi (Department of General/Vascular Surgery, Ysbyty Gwynedd - Bangor)

Aims

In 2006 a vascular surgeon-led diabetic foot service was established at our hospital with the aim of improving the provision of care for those with diabetes related lower limb complications. The multidisciplinary team consists of a consultant vascular surgeon, vascular nurse specialist, senior podiatrists, an orthotist and nurses with an interest in wound care. This service provides dedicated outpatient clinics and rapid access pathways for patients with diabetic foot disease deemed at high risk of lower limb amputation that require immediate escalation of care. Since the introduction of the service, we have seen a significant reduction in major amputation rates for the diabetic population. Our aim was to determine whether this service had impacted limb salvage rates for the whole population served by the vascular department.

Methods

Since the diabetic foot service was established we have prospectively collected data on lower limb amputations carried out at our unit. Comparison was made internally with retrospectively collected unit data for the 2 years prior to service commencement and with published non-traumatic amputation rates.

Results

Table 1. Number of major lower limb amputations performed per year

Year	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Diabetic	18	23	11	8	7	1	2	5	1	1	2
Non-diabetic	7	12	5	7	8	3	0	0	3	1	1
Total	25	35	16	15	15	4	2	5	4	2	3
Rate per 100,000 total population	11.4	15.9	7.3	6.8	6.8	1.8	0.9	2.3	1.8	0.9	1.4

Table 1.

In 2005, the number of major lower limb amputations peaked at 35 (15.9 per 100,000 total population). The creation of a diabetic foot service in 2006 was associated with an initial fall in amputation rates that for the last 5 years has been sustained a rate of between 2 and 5 limbs per year for our population of 220,000 (0.9- 2.3 per 100,000 total population).

A study from our department, published in 2012, demonstrated that following the creation of the diabetic foot service, the number of minor amputations and open revascularisation operations for patients with diabetes had also decreased.

LAPAROSCOPIC GRADING AND HISTOLOGICAL CORELLATION: IS IT RELIABLE

Syed Ahmad (Letterkenny University Hospital - Letterkenny)

Kaleem Khalilullah (Letterkenny University Hospital - Letterkenny)

Objective

Until recently evidence-based laparoscopic criteria for determining appendicitis were not defined however reliable laparoscopic grading systems have evolved which confirm the histological correlations of acute appendicitis. We set out to confirm the reliability of a laparoscopic grading system of acute appendicitis [APPLE Trial] with histological correlation in our hospital.

Methods and Procedures

A prospective study but retrospectively analysed patients who underwent laparoscopic appendectomy between January and June 2015. The appendix was graded upon its visual appearance: grade 0(normal looking), 1(redness and edema), 2(fibrin), 3A (segmental necrosis), 3B(base necrosis), 4A(abscess), 4B(regional peritonitis), and 5(diffuse peritonitis). This was then compared with a histologic assessment of the removed appendix. Patients with CT diagnosis, open appendectomy and conservatively treated were excluded.

Results

98 patients were included in this study 5 patients treated conservatively were excluded. Out of 93 patients, 3 had negative histology. Negative predictive value was $2/8=0.250$ and Positive predictive value $=84/85=0.98$. Sensitivity $=84/90=0.93$. Specificity $=2/3=0.667$. Cohen's Kappa $Po=$ observed agreement $= (84+2)/93=0.925$. $Pe=$ agreement expected by chance $= ((90 \times 85)/93 + ((3 \times 8)/93)/93 = 0.887$. $K=Po-Pe/1-Pe=0.925-0.887/1-0.887=0.336$. This Kappa value indicates fair agreement beyond chance.

Conclusions

These results are consistent with the findings of the APPLE trial. Laparoscopy showed good to excellent accuracy for diagnosis and grading of acute appendicitis.

BETWEEN THE ROCK AND THE BOWEL; GALL STONE ILEUS!

Ahmad.SS, Khalilullah.K, O'Keefe.P, Sugrue.M Department of surgery
Letterkenny university Hospital Republic

Syed Ahmad (Letterkenny University Hospital - Letterkenny)
Kaleem Khalilullah (Letterkenny University Hospital - Letterkenny)

Introduction

Gall stone ileus is an uncommon reason for bowel obstruction. It can cause small, large bowel or recurrent bowel obstruction. First described in 1654 by Dr Bartholin, it is responsible for approximately 1-4% of all cases of mechanical obstruction and in patients over the age of 65, it accounts for 25% of non-strangulated small bowel obstructions. It affects elderly patients with significant medical co-morbidities, and mortality remains high at 15-18%.

Aim

With the increase in the geriatric patient population, GSI should be kept in mind while treating patients with bowel obstruction, especially in patients with history of gall stones and co-morbidities. The presentation can be atypical and diagnosis may be difficult.

Method and material

This is a retrospective study, a case series of 8 patients between 2012-2016. The data was collected from the central data base [HIPE] and the patients notes, blood investigations, radiology results and perioperative notes were reviewed and analysed.

Results

There were eight patients with gall stone ileus, six of them with small bowel obstruction, one with large bowel obstruction, and one recurrent small bowel obstruction. Two patients were males and six were female. The oldest male patient was 84 years old, oldest female patient was 83 years old, youngest was 68-year-old female, median age was 78. Three patients had laparoscopic assisted enterotomy and five patients had open enterotomy. One patient with large bowel obstruction had a failed colonoscopic attempt for the retrieval of the stone impacted at the recto-sigmoid junction, and then laparoscopic assisted enterotomy. None of them had single stage repair.

Conclusion

Gallstone ileus should always be included in the differential diagnosis when assessing an elderly person with intestinal obstruction. It is becoming increasingly more significant due to the progressive rise in the proportion of the aging population in the western world, and as it can cause significant delay in the diagnosis and morbidity, and can be life threatening.

FEATURES ASSISTING PREGNANT WOMEN WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING NON-VARICOSE GENESIS

Mykola Trofimov (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Valerii Kryshen (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Sergey Muntyan (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Pavel Lyaschenko (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Viktor Zadorozhny (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Kateryna Kaira (Department of public health Dnipropetrovsk region - Dnipro)

The prevalence of this pathology in pregnant women is 24,8-1,2 cases in 35 thousand (0.76%). We have devised a method of providing specialized care for pregnant women with gastroduodenal bleeding of non-varicose origin.

Methods

In the third trimester, before endoscopic examination, in order to prevent premature birth, give patients an intravenous infusion of 10 mg hexoprenaline dissolved in 500 ml of 0.9% sodium chloride solution at a speed of 5-10 drops per minute, and administer an intramuscular injection of dexamethasone, as prevention of respiratory distress syndrome of the fetus, at a dose of 6 mg every 12 hours for 48 hours.

Thereafter perform endoscopy, establish the presence, location and character of the source of bleeding, and endoscopically determine the state of local hemostasis in terms of the Forrest classification. Using the endoscopic tool, feed injector and at the source of bleeding inject 10-20ml of 0.9% sodium chloride and 1 ml of 0.18% solution of epinephrine.

Results

When we treated pregnant patients with gastroduodenal bleeding of non-varicose origin with the definitive treatment of endoscopic intervention, there was no gastrointestinal bleeding. In the comparison group of 15 women (observation period 2007 - 2011) endoscopic intervention for gastrointestinal bleeding was carried out in 2 (13.3%) cases, with the further development of preeclampsia and severe preeclampsia, accompanied by antenatal fetal death.

LIFELONG COMPETENCE ASSESSMENT AND THE AGING SURGEON

Arthur Godfrey Felice (UEMS Division of General Surgery, University of Malta - Msida)

Background

Assessment of specialists aims at assuring competence, and preferably that this translates into performance standards. However, the latter step is subject to individual and systems factors. This is evidenced more emphatically in the aging surgeon, and these mechanisms call for a thorough analysis.

Methods

The necessity, difficulties and unintended effects of assessment as well as available assessment tools are explored. Measures that can help in instituting such assessments are discussed, with special reference to the need and feasibility of such assessments in the aging surgeon. In this context, the evidence for age-related decline and the hypotheses proposed for its pathophysiology, are briefly discussed.

Results

Competence assessment must be lifelong. Retiring age varies within narrow margins amongst different countries. The presentation favours the Swedish model with the lowest possible retiring age of 61 years, but no upper ceiling. Initiatives for facilitating the aging surgeon are proposed.

Conclusions

- Lifelong assessment of competencies is necessary, possible and desirable.
- Assessing performance rather than competence may be more useful (Entrustable Professional Activities - EPAs)
- The impact of lifelong assessment on patient safety outcomes needs further and better investigation
- The goal of assessments should be patient safety, quality improvement and maximising patient health.

CONCOMITANT LAPAROSCOPIC HERNIA MESH REPAIR AND CHOLECYSTECTOMY

MohammadHossein Hassani (Mashhad University of Medical Sciences - Mashhad)

Ali Jangjoo (Mashhad University of Medical Sciences - Mashhad)

Shahriar Azizi (Mashhad University of Medical Sciences - Mashhad)

Mona Najaf Najafi (Mashhad University of Medical Sciences - Mashhad)

Shohreh Eshghi (Mashhad University of Medical Sciences - Mashhad)

Background

As we know, cholecystectomy is a clean/contaminated procedure and we should avoid gastrointestinal integrity disruption during hernia mesh repair as it may cause mesh infection and other proceeding complications. There are patients that are candidates for laparoscopic hernia mesh repair and laparoscopic cholecystectomy simultaneously. So we aimed to study if it is safe to do both surgeries concomitantly.

Methods

We proposed a study to compare complications between patients with only laparoscopic hernia mesh repair as the control group (n=37) and patients with laparoscopic hernia mesh repair and concomitant laparoscopic cholecystectomy as the case group (12). We studied the incidence of surgical complications like pain duration, pain severity, hospitalization time, mesh infection, mesh removal, intraabdominal infection, hernia recurrence, need for ICU care and patient mortality as variables.

Results

We found no significant difference in incidence of complications like pain duration, pain severity, mesh infection, mesh removal, intraabdominal infection, hernia recurrence, ICU admission and mortality rate between two groups. Hospitalization times were 2.5+/-1.5 days in case group and 1.5+/-0.6 days in control group that was significantly different (p-value=0.037).

Conclusions

We concluded it may be safe to do laparoscopic hernia mesh repair and concomitant laparoscopic cholecystectomy and it may not increase the incidence of surgical complications.

IMPROVING THE FLOW OF HYPERTENSION AFTER CORRECTION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX

Mykola Tutchenko (National Medical University - Kiev)

Ivan Kliuzko (National Medical University - Kiev)

Boris Slonetsky (National Medical University - Kiev)

Nadiya Dolgaya (National Medical University - Kiev)

Olena Sizenko (National Medical University - Kiev)

Introduction

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is defined by a set of symptoms and complications which are related to reflux of gastric and duodenal contents into the mouth, esophagus and sometimes the lungs. GERD manifests symptoms of heartburn and regurgitation, which in 15-20% of cases can affect blood pressure.

Objective

To determine whether the treatment of GERD using proton pump inhibitors and laparoscopic fundoplication is successful in improving control of hypertension.

Materials and Methods

Fifty-six patients with gastroesophageal disease were included in the study. Observation period was 1.5 years. 31 patients were treated using proton pump inhibitors and 25 patients with laparoscopic fundoplication both of which helped eliminate the symptoms of GERD. Wilcoxon scale was used for statistical analysis. Before surgery, 9 patients received at least one class of antihypertensive drugs, and 16 patients had a long history of treatment against varying degrees of hypertensive disease.

Results

Adding treatment of proton pump inhibitors, the average number of antihypertensive drugs applied to the patient were not significantly reduced. After surgery in 6 (37.5%) patients with prolonged hypertension, a significant decrease in blood pressure was observed, and in 3 (18.75%) blood pressure returned to normal. Return to normal blood pressure occurred in 2 (22.2%) patients receiving only one class of antihypertensive drugs before surgery.

Conclusion

Laparoscopic fundoplication can improve blood pressure and this result suggests a possible link between GERD and hypertension.

THE FIRST FORTY ROBOTIC PANCREATODUODENECTOMY: OUR PERSONAL EXPERIENCE

Marco Vito Marino (P. Giaccone Hospital - Palermo)

Gaspare Gulotta (P. Giaccone Hospital - Palermo)

Andrzej L. Komorowski (Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology Cancer Centre - Krakow)

Background

Initially described in 2003, the widespread use of robotic pancreaticoduodenectomy (PD) is still slow. The complexity of the procedures associated with low experience in minimally invasive pancreatic surgery and some concerns related to the potential fatal complications can justify the small acceptance. We investigated the perioperative outcomes of our first 40 robotic PD in order to evaluate the safety and feasibility of this approach.

Methods

We performed a retrospective analysis from January 2012 to May 2017 of our prospectively maintained database on robotic pancreatic surgery.

Results

A total of 40 patients (24 male – 16 female) were evaluated during the time period underwent robotic PD. The overall operative-time was 425 min (290-550), with an operative-time reduction over the course of the learning curve. The median blood loss was 170 ml (30-700). We observed a low conversion rate 3/40 (7.5%) and an acceptable overall postoperative morbidity rate of 11/40 (27.5%), 5 of which classified as major according to Clavien-Dindo score. The overall pancreatic fistula rate was 10/40 (25 %), but only 3 (7.5%) clinically significant. We achieved a good oncologic adequacy obtaining a R0 resection rate in 38/40 (95%) of patients with a mean lymph nodes retrieved of 27.5 (17-25). The reoperation rate for all series was low 5/40 (12.5%) as well as the 90-day mortality rate 2/40 (5%). Recurrence was observed in 10 out of 38 patients (26.3%) while the 1-year cumulative overall survival was 80% considering all patients with malignancy.

Conclusions

Despite our initial learning curve, the robotic approach for PD seems to be a safe and effective technique giving some potential advantages in terms of estimated blood loss and conversion rate, providing interesting oncologic outcomes. The cost-effectiveness and long term overall survival of this approach needs further investigations, but the faster learning curve and the future implementation of this technology will increase the indications for robotic pancreatic surgery also in more complex cases overcoming the traditional limitations of the laparoscopic approach.

ROBOTIC RIGHT HEPATECTOMY: LIGHTS AND SHADOWS

Marco Vito Marino (P. Giaccone Hospital - Palermo)

Gaspare Gulotta (P. Giaccone Hospital - Palermo)

Andrzej L. Komorowski (Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology Cancer Centre - Krakow)

Background

Initially described in 2002, the widespread use of robotic liver surgery is not so popular due to high costs and the lack of a standardized training program. It is still considered a “development in progress” technique, however it can overcome the traditional limitations of a laparoscopic approach.

Methods

We analyzed the postoperative outcomes of 20 patients undergoing robotic right hepatectomy from March 2015 to September 2016 in order to evaluate the advantages of a robotic approach in the hands of a young surgeon.

Results

The overall mean operative time was 430 min (range 290-550) and the estimated blood loss was 325 ml (range 120-720), no blood transfusion was required. Only 2 patients (10%) underwent conversion to open surgery both due to oncologic reasons; the overall morbidity was 3/20 (15%) and all complications occurred (biliary fistula and transient liver failure) were classified as minor. The histological characteristics showed a mean surgical margin of 25mm and we achieved an R0 resection rate of 95% (19/20). Reoperation and 90-day mortality rate were both null. The 1-year overall and disease free-survival rate were 92.3% and 84.6% respectively.

Conclusions

Regardless of concerns regarding cost-effectiveness, robotic right hepatectomy is a safe and feasible technique, providing positive short-term outcomes and oncological results while still in the beginning phase of the learning curve.

EXTRAHEPATIC BILIARY ANATOMY VARIATION ENCOUNTERED DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Nirmal Prasad Sah (B P Koirala Institute Of Health Science - Dharan)
Shailesh Adhikary (B P Koirala Institute Of Health Science - Dharan)

Background

Cholelithiasis is one of the most common surgical problems worldwide and cholecystectomy offers a complete cure of the disease. Even though cholecystectomy is one of the most common major surgical procedures, it comes to the surprise of the surgeon due to high association with various congenital anomalies of the extra hepatic biliary tree. Apart from surprise, failure to recognize them may lead to inadvertent vascular injuries, ductal ligation, biliary leaks and strictures after laparoscopic cholecystectomy.

Case presentation

We conducted a study on 335 gallstone patients in BP koirala Institute Of Health Science from 2014-2015. In our study among 335 patients anatomical variation noted in 33 patients (9.85%). There were 5 gallbladder, 11 cystic duct, 4 right hepatic artery, and 13 cystic artery anomalies. There were postoperative complications as biliary leakage in 2 cases occurred and was managed operatively. There was no mortality.

Conclusion

Congenital anomalies and anatomical variations of the extra-hepatic biliary tree are not common but can be of clinical importance and surprise if present. Therefore every surgeon should assess for these anomalies during laparoscopic cholecystectomies in order to prevent inadvertent ductal clipping, ductal injuries, strictures and bleeding problems.

Key words

Extrahepatic biliary anatomy, cholecystectomy

ROBOTIC RIGHT HEPATECTOMY: TECHNICAL CONSIDERATION

Marco V. Marino (P.Giaccone - Palermo)

Andrzej L. Komorowski (Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology Cancer Centre - Krakow)

Background

Robotic liver surgery is still considered a development in progress procedure. Nevertheless it can provide some clear advantages over the laparoscopic approach. A 3D stable camera platform, an EndoWrist instrumentation can help the surgeon perform challenging procedures such as right hepatectomy safely.

Methods

We analyzed 25 patients since October 2016 to May 2017 who underwent robotic right hepatectomy, evaluating each single step of the procedure with the aim to compare a robotic approach versus laparoscopic.

Results

Among 25 patients, only 2 experimented a conversion to open surgery, the overall estimated blood loss was low (180 ml), and in no case we applied a Pringle's Manoeuvre. Post-operative biliary fistula rate was acceptable (3/25) and no major complications occurred. Despite a longer operative time in comparison to the open approach (425 vs 357 min), the operator referred less fatigue and stress during some crucial phases of the operation. We achieved a R0 resection rate in all cases (100%).

Conclusion

The robotic right hepatectomy is a safe and feasible technique in the hands of well-trained surgeons, providing interesting results in terms of short-term outcomes and oncologic adequacy. Even though the cost of the procedure is higher, the robotic approach provides an increasing rate of parenchyma sparing procedures.

SAFETY OF REVISION SLEEVE GASTRECTOMY COMPARED TO ROUX-Y GASTRIC BYPASS AFTER FAILED GASTRIC BANDING – ANALYSIS OF THE MBSAQIP

Michał Janik (Case Western Reserve University - Cleveland)
Tomasz Rogula (Case Western Reserve University - Cleveland)
Rami Mustafa (Case Western Reserve University - Cleveland)
Adel Alhaj Saleh (Case Western Reserve University - Cleveland)
Leena Khaitan (Case Western Reserve University - Cleveland)

Background

Conversions AGB to sleeve gastrectomy (SG) or Roux-Y gastric bypass (RYGB) are commonly performed, however, the safety profile of those procedures is not well known.

Aim

To assess the safety of revision SG after AGB compared to RYGB after AGB.

Methods

Preoperative characteristics and 30-day outcomes from of the MBSAQIP Participant Use Files 2015 were selected for all patients who underwent one stage conversion AGB to SG (conv-SG) or RYGB (conv-RYGB). Conv-SG cases were matched (1:1) with conv-RYGB patients by age (± 1 year), BMI (± 1 kg/m²), gender, and comorbidities including: diabetes, hypertension, hyperlipidemia, venous stasis, and sleep apnea. Multivariate logistic regression in non-matched sample was performed to assess independent association between intervention and outcomes.

Results

Overall, 4855 patients met our criteria for inclusion. 1354 conv-SG cases were matched with 1354 conv-RYGB patients. The median age of matched patients was 44 years (Q1:38, Q3:51) and median BMI was 40 kg/m² (Q1:37, Q3:44). A greater percentage of conv-RYGB reported GERD (35% versus 31%, $p=0.017$). 30-day readmission rate was higher in conv-LRYGB patients (7.5% vs 3.7%, $p<0.001$), as was 30-day reoperation rate (3.2% vs 1.3%, $p<0.001$). No death was observed in matched patients. In logistic regression analysis conv-RYGB was associated with higher reoperation rate (OR 1.49, 95% CI 1.06-2.10; c-statistic 0.65) and higher 30-day readmission rate (1.60, 95% CI 1.24-2.07, c-statistic 0.61).

Conclusions

Conversion AGB to RYGB is associated with higher reoperation rate and higher 30-day readmission rate. SG is a safe and feasible revision procedure for patients after AGB.

WORLD'S FIRST LIVE TWEETED LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION

William English (Academic Surgical Department, Royal London Hospital - London)

Patrick Birch (Academic Surgical Department, Royal London Hospital - London)

Shafi Ahmed (Academic Surgical Department, Royal London Hospital - London)

Background

On March 2nd 2017 we live tweeted a laparoscopic anterior resection performed by Shafi Ahmed at The Royal London Hospital. Nobody had previously live tweeted a colorectal cancer resection.

Preparation involved consenting the patient appropriately and gaining the appropriate ethical approval.

The operation was tweeted through a series of messages and photos by a surgical trainee in the operating theatre through the official NHS twitter account. This account is "curated" by a different individual each week - the aim being to showcase the wide variety of work the NHS does.

Aims

The aim of the project was to demonstrate the complexity of a busy NHS surgical cancer unit, the team required in the operating theatre, the many operative steps required in the operation, to provide some technical and medical detail and to demystify the operating theatre. We hoped that through this project we could make the operating theatre a more familiar place for the general public. We also aimed to provide enough medical detail and discussion to keep healthcare professionals engaged.

Methods

We have compared engagement directed at our project with the average engagement on the same NHS page over a 90 day period.

Results

There was a large volume of interest in the project from both healthcare professionals and members of the public, and this was demonstrated through direct tweets and replies on our threads.

308 000 impressions (90 day average: 114 000)

2.5% engagement (90 day average: 2.0%)

1000 link clicks (90 day average: 175)

624 retweets (90 day average: 188)

1700 Likes (90 day average: 526)

110 Replies (90 day average: 63)

"Social Media at its best... proof that twitter can be used as an educational tool! @NHS Live tweeting from theatre... #LearningFromAfar"

"Wow. The @NHS twitter account is currently live tweeting surgery. A global first"

"Absolutely loving the live tweeting from @NHS from an actual operation! Fascinating stuff"

"what a brilliant opportunity for students! Thank you :)"

Conclusion

We conclude from the numerical and personal responses to this project that there is great value in the use of social media in healthcare. It is a useful tool to aid in demystifying healthcare and specifically surgery. In addition, it is useful for healthcare professionals in providing a global audience and allowing professionals worldwide to interact and engage. We aim to repeat this project in the future with the potential for accompanying live video.

STEM CELL THERAPY: THE FUTURE OF VENTRAL HERNIA REPAIR. TISSUE ENGINEERED ABDOMINAL WALL USING MUSCLE DERIVED STEM CELLS IN THE TREATMENT OF VENTRAL HERNIA IN AN ANIMAL MODEL

Joshua Franklyn (Christian Medical College Vellore - Vellore)

Sowmya R (Christian Medical College Vellore - Vellore)

Bimal Patel (Christian Medical College Vellore - Vellore)

Geeta Chacko (Christian Medical College Vellore - Vellore)

Prabha Nair (Sri Chitra Institute of research - Trivandrum)

Inian Samarasam (Christian Medical College Vellore - Vellore)

Vrisha Madhuri (Christian Medical College - Vellore)

Importance

Ventral hernias complicate almost 20% of all abdominal operations and up to 23% of patients with a mesh hernioplasty will have a recurrence. There are over a hundred types of mesh available at present because we are yet to identify an ideal mesh for hernia repair. Stem cell therapy is an exciting alternative to using a mesh alone. A prosthetic mesh forms a fibrotic non-living barrier, while tissue engineered abdominal wall with living muscles will form a living barrier, which could cause better incorporation of the neo-abdominal wall to the surrounding muscles and prevent hernia recurrence.

We have used muscle derived stem cells in an animal model to treat ventral hernias in rats with intent to regenerate anterior abdominal wall musculature. The aim of the study was to study the biomechanical and histopathological properties of the neo-abdominal wall. Our follow up period of 10 weeks is among the longest in published literature for an animal study.

Methods

Three experimental groups consisted of Sprague Dawley rats (n=12 each). A defect (2x1cm) created in the anterior abdominal wall was closed with either polypropylene (PP) mesh, PP+ poly-caprolactone (PCL) scaffold or PP + PCL + autologous muscle derived cells (MDC). Culture expanded muscle derived cells were seeded on PCL and attached for 48 hours before transplant. Outcome at six and ten weeks (n=6) was assessed for grade of adhesions, tensile strength, histology (haematoxylin & eosin and Masson's trichrome) and immuno-histochemistry (PAX7, MyoD and CD 31).

Results

All animals in the MDC group survived with no hernia recurrence. The mean adhesion score among MDC (3.5), PCL (6.5), PP (7) group was significantly lower ($p<0.05$). The tensile strength (N/m²) was similar across all three groups MDC (72), PCL (60) and PP (80) respectively ($p=0.18$). Evidence of muscle regeneration was observed in 9/12, 1/12 and 0/12 animals in the MDC, PCL+ PP and PP group respectively ($p<0.01$). This was corroborated by immunohistochemistry. The MDC group had more cell infiltration and neovascularization in the ($p<0.05$).

Conclusion

There were significantly fewer intra-peritoneal adhesions with significant muscle regeneration and better cellularization and vascularity of the neo-abdominal wall when stem cells were used to treat ventral hernia.

This study establishes feasibility of a tissue engineered abdominal wall in the treatment of ventral hernias in an animal model.

PROSPECTIVE COMPARISON OF SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSES IN CHOLECYSTECTOMY BY MEANS OF ACCESS; SINGLE-PORT UMBILICAL INCISION, TRANSVAGINAL NOTES, LAPAROSCOPY AND LAPAROTOMY ACCESS

Kumar Rahul (King George's Medical University - Lucknow)

Background

Surgical injury is associated with inflammatory stress, often due to ischemia/reperfusion injury. This study was designed to evaluate and compare clinical and inflammatory responses to surgical trauma caused by cholecystectomy through various access approaches: single-port umbilical incision (SILS), transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES), laparoscopy, and Laparotomy access.

Materials and Methods

This prospective study enrolled 60 patients equally divided into four groups with symptomatic cholelithiasis, of whom 11 underwent open, 32 laparoscopic, 10 single-port umbilical incision and 7 transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery cholecystectomy. Patients were monitored perioperatively regarding anesthesia, surgical procedure times and surgical complications. Postoperatively, patients were assessed regarding ambulation time, feeding and for presence of clinical complications. Peripheral venous blood was collected to measure Procalcitonin, C-reactive protein (CRP) and Interferon-gamma (IFN- γ) preoperatively, immediate post-operative period and on day 2 and 7.

Results

All procedures were successfully performed. Only minor complications, such as gallbladder perforation and bleeding from the liver bed, were observed during surgery in all groups. The vaginal NOTES group showed higher anesthesia and surgical procedure times compared to the other groups ($p < 0.001$). It was found that inflammatory markers were significantly raised in the post-operative period in open cholecystectomy group as compared to minimally invasive cholecystectomy groups. No other between-group differences in perioperative or postoperative times, clinical evolution, or serum inflammatory markers were observed.

Conclusions

On the basis of these findings, it can be hypothesized that open cholecystectomy causes more tissue responses as compared to its laparoscopic alternative. The single-port umbilical and transvaginal NOTES access approaches were feasible and safe compared to laparoscopic and laparotomy for cholecystectomy.

HEPATIC RESECTIONS FOR HCC ON CIRRHOSIS IN THE ELDERLY

Raffaele Costantini (Institute of General and Laparoscopic Surgery, G. D'Annunzio University of Chieti - Chieti)

Francesca Massimini (Institute of Clinical Pathology, G. D'Annunzio University of Chieti - Chieti)

Francesco Caldaralo (Institute of General and Laparoscopic Surgery, G. D'Annunzio University of Chieti - Chieti)

Anna Cichella (Institute of General and Laparoscopic Surgery, G. D'Annunzio University of Chieti - Chieti)

Michele Fiordaliso (Institute of General and Laparoscopic Surgery, G. D'Annunzio University of Chieti - Chieti)

Background & Aims

The treatment of choice for hepatocellular carcinoma (HCC) is represented by hepatic resection. Survival rate at 5 years is 50-70%. This study evaluated mid and long term outcome of this intervention in elderly patients.

Methods

Resections for HCC on cirrhosis performed at our Surgery Institute were reviewed, relative to a period of 15.5 years. The following parameters were assessed: age, lesions, type of intervention, complications and follow-up.

Results

105 patients (73 older than 70 years) underwent wedge resections (59%), major resections (16%), segmentectomies (25%) for single or multiple lesions (mean dimension: 3.68cm). In the elderly: there were 4 perioperative deaths and 35 complications (27 minor, 8 major); hepatic damage indices increased postoperatively, returning close to preoperative values after day 5; 21 tumors were differentiated, 35 moderately and 17 scarcely differentiated. The mean

follow-up was 51 months (6-68 months). The mean survival rate in the elderly was 78.5% at 1 year (vs 83.1% in younger patients), 67.1% at 3 years (vs 71.2%) and 57.9% (vs 62.2%) at 5 years, with no statistically significant difference between the two groups.

Conclusions

The results of the study indicate that advanced age by itself should not be a contraindication for curative hepatic resections in patients with HCC on cirrhosis.

CECOPEXY, A REEMERGING TREATMENT FOR CECAL VOLVULUS: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Fabio Pencle (Lincoln Medical Center - Bronx)

Theodore Kathachtis (Lincoln Medical Center - Bronx)

Jennifer Schnieder (Lincoln Medical Center - Bronx)

Paul Strombom (Lincoln Medical Center - Bronx)

Samuel Kigongo (Lincoln Medical Center - Bronx)

Purpose

Cecal volvulus accounts for 25-40% of cases of large bowel volvulus, causing obstruction with varying degrees of presentation- from obstructive symptoms to bowel necrosis and perforation. In the presence of viable bowel, cecopexy has previously been demonstrated as a surgical method of treatment. The authors aim to demonstrate the reemergence of cecopexy as a laparoscopic and open technique.

Methodology

We hereby present a case of a 71-year-old male, with history of alcohol abuse of 6-8 beers daily, presenting with intestinal obstruction and severe hyponatremia. Patient underwent open cecopexy, resuscitation and discharged on day 9 with resolved hyponatremia. A systematic search (January 2017) of PubMed, Scopus, Cochrane and EMBASE databases was conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines for literature regarding cecal volvulus and cecopexy. Papers without cecopexy, non-English language, and non-adult cases were excluded. Final papers meeting criteria were secondarily screened for analysis.

Results

Total of 1080 articles were identified from all four databases. 44 articles were then evaluated for surgical procedure performed; only 20 articles described Cecopexy. A total of 316 cases were documented for cecal volvulus with a mean age of 51.6+/-13 years. Further analysis demonstrated 83 cases of resection and 114 cases for cecopexy. Overall, a cecopexy recurrence rate of 8.8% was found. Our patient had no evidence of recurrence up to 6 months post op.

Conclusion

Operative intervention is the preferred management of cecal volvulus. Cecopexy can be performed in patients who have viable bowel and require further resuscitation. This can be performed either via open or laparoscopic approach. Patients with non-viable bowel require resection with either primary anastomosis or colostomy.

PRINCIPLES AND CHALLENGES OF MEDICINE IN CONFLICT ZONES – EXAMPLES OF YEMEN, SYRIA AND AFGHANISTAN

Senka Stojanović (Médecins Sans Frontières; University Hospital in Krakow, Jagiellonian University Collegium Medicum)

We are living in a world increasingly burdened by deadly, protracted and forgotten conflicts, the price of which is paid by millions of innocent civilians whose voices go mainly unheard around the world.

One of the first pillars of society that falls during times of armed conflicts is the healthcare system. The non-governmental medical organization, Médecins Sans Frontiers, has worked for over 40 years in more than 70 countries, many of them involved in bloody conflicts lasting many years, anchored by the principles of neutrality, impartiality and independence.

Often, countries with viable medical systems ultimately suffer degradation of all levels of healthcare services during war times, the most severely affected being primary healthcare and maternity care. This, in most cases, results in high maternal and children under 5 yo mortality rates, outbreaks and diseases usually not seen in many generations and certainly not seen by Western medical staff.

MSF offers complex medical care, and depending on the context, this may involve primary healthcare, vaccination and prevention programs, mother and child care, pediatrics, medicine, surgery, and mental health. The principal goal is always two-fold: to offer immediate medical treatment and save as many patients as possible, and at the same time gradually build up the capacity of local medical staff through trainings and donations of medical supplies enabling them to eventually take over and run projects independently.

Major challenges encountered in the field are: security issues, deliberate targeting of medical facilities and staff, difficulties in delivering high quality medical care which meets Western standards, shortage of qualified local medical staff, cultural aspects, language barriers and many more unexpected situations involving not only medical, but also logistical problems almost never seen in the West, such as shortage of electricity, no internet, no medical documentation and limited or no freedom of movement. Therefore, looking for creative and effective short term solutions is one of the most essential and needed traits one can have in an unstable context.

ASSOCIATION OF SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS OF TNF- α GENE WITH COLORECTAL CARCINOMA IN POLISH POPULATION

Michał Natkaniec (2nd Department of Surgery, Jagiellonian University - Krakow)

Jadwiga Dworak (2nd Department of Surgery, Jagiellonian University - Krakow)

Marek Sanak (2nd Department of Internal Medicine, Jagiellonian University - Krakow)

Michał Pędziwiatr (2nd Department of Surgery, Jagiellonian University - Krakow)

Magdalena Hubalewska-Mazgaj (Malopolska Centre of Biotechnology, Jagiellonian University - Krakow)

Marcin Surmiak (2nd Department of Internal Medicine, Jagiellonian University - Krakow)

Andrzej Budzyński (2nd Department of Surgery, Jagiellonian University - Krakow)

Introduction

Chronic inflammation promotes colorectal carcinogenesis. TNF- α is one of the most important pro-inflammatory mediators and its TNFA gene has common genetic variants. The aim of the study was to investigate a common genetic variation of TNFA in sporadic colorectal cancer (CRC) and its association with CRC stage.

Methods

The study included 150 CRC patients and 107 healthy volunteers from Poland. Four SNPs (rs361525, rs1800629, rs1799724 and rs1799964) located at the promoter of the TNFA gene were genotyped using commercially available TaqMan allelic discrimination assays by real-time PCR. CRC stage was described on the basis of preoperative imaging studies and postoperative histopathological reports.

Results

The frequency of the rs361525, rs1800629, rs1799724 and rs1799964 genotypes in CRC differed from those in controls, and this difference was statistically significant ($p=0.0268$, $p=0.0441$, $p<0.0001$ and $p<0.0001$ respectively).

Conclusions

All four genetic variants of the TNFA promoter are more frequent in individuals with CRC compared to controls. These SNPs could be a useful tool for CRC risk prediction in the Polish population.

CLOSURE OF ANAL FISTULA WITH LASER: LONG TERM RESULTS OF 103 PATIENTS

Cem Terzi (Dokuz Eylul University - Izmir)

Cihan Agalar (Dokuz Eylul University - Izmir)

Habib Sari (The Departhekimhan State Hospital - Malatya)

Aras Emre Canda (Dokuz Eylul University - Izmir)

Naciye Cigdem Arslan (Istinye University - Istanbul)

Funda Obuz (Dokuz Eylul University - Izmir)

Background

Primary closure of the fistula tract using energy emitted by a radial fiber connected to a diode laser is a novel procedure for the treatment of perianal fistula disease.

Objective

The aim of this study is to determine the long-term effectiveness of this new technique in the treatment of perianal fistula.

Design & Setting

Between April 2012 and 2016, 103 consecutive patients with primary or recurrent perianal fistula underwent the laser closure procedure using a 12 Watt emitting laser at a wavelength of 1470 nm. The surgical procedure was the sealing of the fistula tract by laser energy. Patients were classified according to Parks classification and the consolidation for healing was evaluated according to the Perianal fistula disease severity score.

Results

103 patients were treated with laser closure procedure. Eighty-two patients (80%) were male and twenty-one patients (20%) were female. The median age of the patients was 43 (range 18 – 78years); fifty-three patients (52%) had previous perianal fistula repair surgery. According to Park's classification fifty-six patients (54%) had intersphincteric fistula, twenty-nine patients (28%) had transsphincteric fistula, eleven patients (11%) had suprasphincteric / extrasphincteric fistula and seven patients (7%) had superficial perianal fistula.

According to the Perianal Disease Severity score, overall complete healing rate was 40% (41 patients); persistent symptomatic drainage rate was 37%; slight drainage with minimal symptoms rate was 19% and painful, symptomatic drainage rate was 4%.

Limitation

The retrospective analyses of non-comparative data and lack of formal prospective continence assessment.

Conclusion

Closure of anal fistulas using laser should be considered as an option in the treatment with modest expectation. Although our complete healing rate is not as high as previous studies, this technique is a reasonable option in perianal fistulas with nearly no risk of sphincter damage.

ELECTIVE ENDOVASCULAR ANEURYSM REPAIR IN PATIENTS WITH ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM – PERIOPERATIVE OUTCOMES

Piotr Kulig (Department of Vascular Surgery and Angiology, Brothers of Mercy St. John of God Hospital - Cracow)

Krzysztof Lewandowski (Department of Vascular Surgery and Angiology, Brothers of Mercy St. John of God Hospital - Cracow)

Barłomiej Banaś (Department of Vascular Surgery and Angiology, Brothers of Mercy St. John of God Hospital - Cracow)

Maciej Zaniewski (Department of Vascular Surgery and Angiology, Brothers of Mercy St. John of God Hospital - Cracow)

Background

Endovascular aneurysm repair (EVAR) is a less invasive alternative to conventional surgery for the treatment of abdominal aortic aneurysm (AAA).

Methods

Analysis of perioperative outcomes in 236 patients with AAA undergoing elective EVAR between 2010-2015. The study included morbidity, mortality and re-intervention rates within 30 days after operation.

Results

Perioperative morbidity and re-intervention rates in patients with AAA treated in the elective endovascular treatment were 2.5% and 4.2%, respectively. In the study, within 30 days after EVAR the incidence of surgical and systemic complications were 7.6% and 8.0%, respectively.

Conclusions

In patients with AAA, endovascular treatment is an alternative with low rates of morbidity, mortality and re-intervention within 30 days post-operation.

ORGAN OF ZUCKERKANDL AS A SOURCE OF PARAGANGLIOMA IN PATIENT WITH AGGRESSIVE COURSE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND INCREASED GLUCOSE LEVEL IN THE BLOOD. CASE REPORT

Armen Varzhapetyan (Yerevan State Medical University, Astghik Medical Center - Yerevan)

Hayrapet Barseghyan (Yerevan State Medical University, Astghik Medical Center - Yerevan)

Arayik Voskanyan (Yerevan State Medical University, Astghik Medical Center - Yerevan)

Tatevik Avagyan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Samvel Malkhasyan (Yerevan State Medical University, Astghik Medical Center - Yerevan)

Armen Baghdasaryan (Yerevan State Medical University, Astghik Medical Center - Yerevan)

Koryun Dallakyan (Yerevan State Medical University, Astghik Medical Center - Yerevan)

Eghishe Manukyan (Yerevan State Medical University, Astghik Medical Center - Yerevan)

About 80 to 85% of chromaffin-cell tumors are pheochromocytomas, whereas 15 to 20% are paragangliomas. Most of these tumors hypersecrete catecholamines, and if untreated, cardiovascular morbidity and mortality are high. Also, paragangliomas enlarge with time and may cause mass-effect symptoms by encroaching upon or extending into adjacent tissues and organs. Paraganglioma of the organ of Zuckerkandl (PGOZ) is a rare neuroendocrine tumor, located around the origin of the inferior mesenteric artery extending to the level of the aortic bifurcation.

In the presented study, we performed the clinical and morphological analysis of PGOZ in a patient with an aggressive course of arterial hypertension and diabetes mellitus. In February 2017, a 65-year-old Armenian man was referred to the department of general surgery of Astghik Medical Center (Armenia, Yerevan) due to abdominal and back pain. The patient experienced persistent and uncontrolled arterial hypertension and diabetes mellitus despite taking medicine for both (systolic blood pressure: 170-220 mmHg, glucose level in the blood: 8-21 mmol/l). There was no known family history of tumors. The level of 24 h urinary normetaneph-

rine was elevated (19,230 nmol/24 h, upper reference limit (URL):<1900 nmol/24 h). Other blood and urine tests were normal. CT-scan with contrast revealed a 140x60 mm hypervascular, heterogeneous, para aortic mass located at the level of the inferior mesenteric artery. The tumor had signs of compression of the aorta and the inferior vena cava. Preoperatively for 14 days, Doxazosine was used to reduce blood pressure further until surgical intervention. In February 2017, the tumor was radically removed via median laparotomic incision. Histopathological analysis of the tumor tissue revealed typical paraganglioma features. The index of Ki 67 was low (<1%). In the postoperative period the arterial blood pressure and glucose level in the blood completely normalized (blood pressure-120/80, glucose level- 5 mmol/l) without the use of any antihypertensive medicines or insulin. Thus, PGOZ is a rare pathology, which is also confirmed by the scarce literature data. The diagnosis is often not difficult. The PGOZ should always be excluded in patients presented with the aggressive uncontrolled arterial hypertension and increase glucose level in the blood.

SURGERY FOR ADVANCED AND METASTATIC COLORECTAL CANCER

Miroslav Levy (Thomayer Hospital, Charles University Prague - Prague)
Ludmila Lipska (Thomayer Hospital, Charles University Prague - Prague)
Karel Veskrna (Thomayer Hospital, Charles University Prague - Prague)
Marek Mracek (Thomayer Hospital, Charles University Prague - Prague)
Jaromir Simsa (Thomayer Hospital, Charles University Prague - Prague)
Vladimir Visokai (Thomayer Hospital, Charles University Prague - Prague)

Background

Recent more effective chemotherapy and the development of novel surgical procedures have expanded the possibilities of treatment for patients with advanced colorectal cancer – local and metastatic. Multiorgan resection in the case of invasion of the cancer to adjacent organs or structures, two-stage hepatectomy, associated liver partition and portal vein ligation (ALPPS) or repeated hepatectomies for liver metastases, lung resection for lung metastases, cytoreductive surgery + HIPEC in peritoneal dissemination - are the surgical solutions proposed for these patients.

Material and Methods

There were 72 total pelvic exenterations, 210 liver resections including repeated hepatectomies for locally advanced and metastatic colorectal cancer provided in the last 15 years, twelve HIPEC procedures with or without peritonectomy in last 2 years for peritoneal dissemination at the single institution provided. Totally there were more than 1800 patients with colorectal cancer from 2001 to 2016 operated on in the Surgical Department, Thomayer Hospital Prague, Czech Republic.

Results

Using a multidisciplinary approach in advanced stages of colorectal cancer, the 5 - year survival in TNM stage III 69% (group of total pelvic exenteration 5-year survival 49%), in TNM IV stage 38%. In colorectal liver metastases the 5-year survival is 40%, including repeated and multiple-staged resections.

Conclusions

All patients having gastrointestinal malignancy should be assessed by a multidisciplinary team in a cancer centre. The benefits of multidisciplinary disease management include reducing recurrent disease, optimizing timing of surgery and organ preservation, prolonging survival for the patient and enhancing the surgical possibilities and response to targeted therapies as well.

RE-OPERATION RATES IN BREAST CANCER AFTER BREAST CONSERVING SURGERY IN MALTA

Alexia Farrugia (Mater Dei Hospital, Malta - Swatar Msida)
Gordon Caruana Dingli (Mater Dei Hospital - Msida)

Introduction

The Agatha Breast Unit at Mater Dei Hospital, Malta performed 340 wide local excisions for cancer in 2013-4 with 45 patients requiring re-operation. This type of breast conserving surgery has been shown to have equivalent survival rates to mastectomy when combined with moderate dose radiotherapy¹⁻¹⁰, and provides more cosmetically acceptable results¹¹. However incomplete excision or close margins may lead to further surgery¹², which may have consequences such as delay of further treatment and increased rates of local and distal recurrence¹³⁻¹⁵. The aim of this project was to look closely at the results of the patients requiring re-operation and assess what can be done to reduce re-operation rates.

Results

Further surgery for close or involved surgical margins was performed in 45 cases (13%), of these 26 (58%) underwent cavity excision and 19 (42%) underwent mastectomy. Residual tumour was found in 9 (35%) in the cavity excision group and 13 (68%) of the mastectomy group ($p=0.025$). Patients who subsequently underwent mastectomy had larger initial tumours ($p=0.03$). There was an average of 60.41 days between the initial and the repeat surgery.

Conclusion

These results show that repeat surgery, especially further breast conserving therapy, is to be performed after very careful consideration and MDT discussion. Another consideration is that patients with larger initial tumours may need to be counseled for immediate mastectomy rather than breast conserving surgery. The length of time in between surgeries also implies that significant delays in starting adjuvant treatment occur. The unit follows the recommendations of the "Toolbox to reduce lumpectomy reoperations and improve cosmetic outcome in breast cancer patients of the American Society of Breast Surgeons Consensus Conference"¹⁵ and hope that this study ensures that reoperation rates for breast cancer are reduced further.

SURGICAL MANAGEMENT OF BREAST DISEASE IN DURBAN BREAST UNIT (SOUTH AFRICA) – WHAT WE DO DIFFERENTLY

Aleksander Brackowski (Stanger Hospital KZN - Durban)

Yvonne Brackowski (Inkosi Albert Luthuli Central Hospital KZN - Durban)

Ines Buccimazza (Inkosi Albert Luthuli Central Hospital / University of KwaZulu Natal - Durban)

Over 2.500 new patients are seen by the Multidisciplinary Breast Unit in Durban annually. International treatment guidelines are being followed however surgical management has been gradually adjusted over the past 10 years to address the problems common to our patient population namely:

- 1) Macromastia
- 2) Hypertrophic scarring / Keloid formation
- 3) Locally advanced disease

Modifications introduced and currently used in our unit pertain to:

- 1) Surgical management of Giant Fibroadenomas
- Modified Lalonde technique.
- 2) Surgical management of Seatbelt Injury to the breast.
- 3) Therapeutic Mammoplasty for Early Breast Cancer
(Zones 2 - 9) - Modified Lalonde technique.

- 4) Novel incision for Skin-Sparing Mastectomy
- "Double Moon" technique.
- 5) Nipple reconstruction with pedicle IMAP flap.
- 6) Surgical management of Tail of Spence Tumours
- novel incision / flap design.
- 7) "Salvage Mastectomy" for locally advanced disease
- double flap design.

We would also like to present our experience with "Smile Mastectomy" (E. Sanidas design)

Each modification is presented by means of brief description and simultaneous diagram / photographic illustration.

Advantages of each method as well as complications and pitfalls are presented.

PANCREATITIS – THE IMPLICATIONS OF ACUTE MANAGEMENT ON PATIENT MORBIDITY AND MORTALITY

William Butterworth (King's College Hospital NHS Foundation Trust - London)

Background

Affecting 45 people per 100,000, the incidence of pancreatitis is increasing both in the UK and worldwide. Despite improvements in management, imaging and interventions of pancreatitis; it is still associated with a high ensuing mortality rate of 10-25%. Although there are guidelines for the management for pancreatitis, there is little published evidence for the efficacy of their implementation in district general hospitals.

Method

Retrospective analysis of 50 patients' pancreatitis management from August - December 2016 admitted under General Surgery against national guidelines.

Results

Of 50 Patients (23:27 male:female ratio), 47 (94%) were correctly diagnosed within 48 hours. 37 (74%) patients' aetiology was found including 15 (30%) caused by gallstones, 19 (38%) by alcohol and 13 (26%) idiopathic. 38 (76%) had U/S within 24 hours of diagnosis but only 18 (36%) patients had severity scores done on admission. Of the 11 (22%) patients scored as severe pancreatitis, only 5 (45%) were assessed or admitted to HDU/ITU. Of the 7 (14%) patients indicated for CT, 6 (85%) received one. Of the 15 patients with biliary pancreatitis, only 5 (33%) had definitive management during the admission or within 2 weeks of discharge. The mortality rate was 4 (8%).

Conclusion

Identification, scoring, imaging and appropriate critical care input are all essential in reducing the level of complications and associated mortality with pancreatitis. Local management requires improvement to meet national guidelines across multiple areas and thus educational interventions have been implemented in efforts to improve, and prospective re-auditing has commenced to assess outcomes.

SURGICAL SITE INFECTIONS AT A SAUDI HOSPITAL: THE NEED FOR A NATIONAL SURVEILLANCE PROGRAM

Alsareii, Saeed Ali DR. (faculty of medicine, Najran university - Najran)

Background

Surgical site infection (SSI) continues to be a global health problem that causes increased morbidity and mortality, especially in developing countries.

Objective

This study aimed to determine the prevalence of SSI, the microbial pathogens and their resistance patterns, as well as to identify risk factors associated with infection at a Saudi tertiary care hospital.

Methods

This was a cross-sectional observational study involving all patients who had surgery and who stayed in the hospital for at least 48h during a one-year period. SSI was diagnosed using the guidelines of the Centers for Disease Control and Prevention.

Results

A total of 2160 patients were included and the overall SSI rate was 10.2%. Malignancy (OR = 1.63), duration of operation (OR = 1.41), high ASA score (OR = 1.8), and clean-contaminated (OR = 1.5) and contaminated operations (OR = 3.2) were found to be statistically significant risk factors for SSI. The most frequently isolated microorganisms were *Acinetobacter* spp. (31.5%), *E. coli* (25.5%) and *Pseudomonas* spp. (17.9%).

Conclusions

This study further illustrates the burden of SSI in a typical hospital situation in developing countries. Our findings highlight the urgent need to develop a consistent national surveillance program for SSI with accurate feedback of appropriate data to help surgeons control and reduce the SSI rates in developing countries.

Keywords

Acinetobacter spp; contaminated wounds; surgical site infection; surveillance.

LAPAROSCOPIC DIAGNOSTIC AND MANAGEMENT OF ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Diana Rudyk (National Medical University, surgical department, Ukraine - Kiev)
Micola Tutchenko (National Medical University, surgical department, Ukraine - Kiev)

Background

We reviewed our experience with laparoscopic and laparoscopic-assisted approaches to the management of small bowel obstruction.

Methods

Between September 2013 and April 2017, 48 patients underwent laparoscopy for diagnosis and/or treatment of small bowel obstruction.

Results

Postoperative adhesions were the main cause of obstruction and were identified laparoscopically in 37 patients. Other etiologies of obstruction included: acute mesenteric ischemia in 3 cases, bezoar in 3 cases, internal hernia and gallstone ileus in 2 cases each, and intussusception and intestinal knot formation (ileo-sigmoid knot) in 2 cases each. Starting each operation for final confirmation of the diagnosis with diagnostic laparoscopy in our department successfully diagnosed the place of obstruction in 44 (91,6%) patients. The surgical approach depended on the clinical condition of the patient, the location and the aetiological nature of obstruction and the bowel vitality. Thirty-one patients (64,5%) with postoperative adhesions and peritoneal bands were treated by laparoscopy alone. Seven patients (14,5%) with bezoar (3), gallstone ileus (2), internal hernia (2), were treated by the laparoscopically-assisted approach. Laparoscopically-assisted approach allowed performing intestinal decompression with a long nasointestinal tube inserted into the upper jejunum under endoscopic control. Intubation was successful in 3 patients. The mean laparoscopy time was 90 min (range, 40-240).

Ten operations (20,8%) were converted to laparotomy due to necrosis of bowel (4 cases), inadequate visualization (3 cases) and inability to relieve the obstruction laparoscopically because of dense adhesions (6 cases). In one case the proximal loop of ileum was knotted on the sigmoid loop. The gangrenous segment was about 2.0 m, extending up to 20 cm from the ileo-cecal junction. Resection of the gangrenous segment and primary anastomosis of the jejunoileal segment were performed. The other cases of strangulated intestinal obstruction included adhesions and intussusception. In the case of intussusception, resection of the intussuscepted intestinal loop was done.

Conclusion

The diagnostic accuracy of laparoscopy was 91,6%. Laparoscopy and laparoscopy-assisted techniques are highly feasible and useful minimally invasive managements of acute small bowel obstruction, which were possible for 79% of the patients selected for this approach. However, a significant number of patients require conversion.

FENCE DARNING AT COMPONENT'S SEPERATION. FIRST CASE REPORT FOR COMBINATION OF TWO RARE TECHNIQUES AT TWO PATIENTS

Nazif Zeybek (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Anakra)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Aytekin Unlu (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Mehmet Fatih Can (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Fence darning (FD) is applied in abdominal wall hernias to overcome long term side effects of meshes. The technique, after primary suturing of the hernia, the defect is sutured as fence with a non-absorbable monofilament suture that results in forming a more physiological light mesh instead of pre-fabricated meshes. Component's separation (CS) is applied for giant ventral hernias for physiological reconstruction of abdominal wall with/without mesh support. Combination of these two physiological techniques is described at our case report being the first one in the literature.

Materials-Methods

Data of two male patients (64 and 78 years-old) with giant abdominal hernias is presented.

Results

Two male patients with giant ventral incisional hernia were planned for CS however because of the giant defect, mesh reinforcement was needed. Since the abdominal closure of CS was physiological, we decided to apply FD which is more physiological than heavy meshes commonly used. CS with FD reinforcement operations resulted without complications, and the patient was discharged from the hospital on postoperative day 5 and 4.

Conclusion

FD at CS seems a feasible technique for giant abdominal ventral hernias being overall more physiological for abdominal wall reconstruction as a result of the nature of the applied techniques. The expected outcome of the technique is higher postoperative quality of life and less postoperative complications. However larger studies are needed to accept our hypothesis. These cases are the first reported cases for combination of CS with FD.

REVIEW OF THE LATEST LITERATURE FOR MANAGEMENT OF EARLY HEPATIC ARTERY THROMBOSIS AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Mrat Urkan (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Ulvi Meral (Izmir Hatay State Hospital Department Of General Surgery - Ankara)

Umit Alakus (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Nazif Zeybek (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Hepatic artery thrombosis (HAT) incidence is 5-10% after liver transplantation (LT) which may result in loss of graft. Early HAT (EHAT) occurs within 30 days after LT with a 4.4% incidence. Management of EHAT has a wide range for fibrinolytic treatment to retransplantation. Our aim is to discuss the management of EHAT after LT.

Materials & Methods

Keywords: 'HAT/EHAT/HAT after LT/Hepatic artery complications after LT' were searched in pubmed for years 2014-15. Case series/reviews were evaluated.

Results

Study-1; 3 cases with EHAT [postoperative day (POD):1-7] recovered spontaneously on POD 17-36 and had maximum survival of 32 months. Study-2; 2 patients with EHAT on POD:11/18.They resolved with fibrinolytic treatment on POD:96/126.Study-3; 6(0.01%) EHAT patients from 421 LT treated 1(16.67%) with retransplantation whom died, 3(50.00%) with surgical revascularization, 2(33.33%) with fibrinolytic treatment.Study-4; 522 LT patients, 9(0.02%) EHAT (POD:2-30). 7(77.78%) treated with surgical revascularization, 2(22.23%) with fibrinolytic treatment with 3(33.33%) mortalities.Study-5; 673 LT with 28(0.04%) EHAT patients (mean POD:13). 16(57.14%) had surgical and 12(43.86%) had endovascular approach with 15(53.57%) mortality.Study-6; 31 EHAT patients, 23(74.19%) retransplantation with 5(21.73%) mortalities, 4(17.39%) endovascular approach, 4(17.39%) conservative approach.

Conclusions

6 studies with 1723 LT patients were evaluated and 79(4.59%) had EHAT. 3(3,79%) patients resolved spontaneously. 13(16,45%) were treated with conservative/fibrinolytic approach. 18(22,78%) had endovascular approach, 26(32,91%) had surgical revascularization and 24(30,37%) had retransplantation with 5(20,83%) mortality. Management of EHAT after LT is determined by surgeon experience. It is important to remember that retransplantation increases the risk of EHAT. According to the results above, feasible management seems; first step as fibrinolytic/endovascular approach and then reanastomosis with surgery as the second step if needed. Retransplantation must be kept in mind as last chance.

INVASIVE LOBULAR BREAST CANCER OF MALE: AN EXTREMELY RARE CASE

Ramazan Yildiz (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Serkan Aksoy (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of Pathology - Ankara)

Background

Male breast cancer is known to be rare as it constitutes less than 1% of breast cancers. Invasive/in-situ lobular breast cancer is found in <1% of male breast cancers, due to the absence of lobular tissue in males. Because of its rarity, not much data about its management is available. In this report, we aimed to share our experience about a male with invasive lobular breast cancer.

Material-Method

Data of male with invasive lobular breast cancer patient (MILBC) is reported.

Result

38-year-old male patient with epidermal retraction and mass on the right breast presented to our clinic. Evaluation of the mass with ultrasonography and fine-needle biopsy resulted in the diagnosis of MILBC without contralateral breast involvement. Right mastectomy with sentinel lymph node dissection was performed. Final pathology report found grade 3 MILBC without lymph node metastasis(fig:1). Estrogen/progesterone receptor was 90% positive, and c-erb B2 was negative with Ki-67 score of 70%. Patient was scheduled for chemotherapy and hormonotherapy and discharged. Patients is currently in the 29th month of disease free survival.

Conclusion

Klinefelter syndrome, congenital inguinal hernia and undescended testes are reported to be the risk factors for MILBC, however none of them were present in our patient. Hormone receptor presence and lymph node involvement are more common in male breast cancer. Our case was receptor positive but there was no lymph node involvement, even though it was a high-grade tumor. This may be the result of the tumor being a MILBC carcinoma, and not much data is available regarding its characteristic behaviour. Larger studies are needed, which is difficult due to the lack of patients. Surgeons must consider the MILBC in male patients with breast masses.

Fig 1: Non-cohesive, small, uniform cells of infiltrating tumour with ovaloid nucleus cells are lining up near normal breast tissue (H&E; left:10x, right:20x).

SYRINGOCYSTADENOMA PAPILLIFERUM LOCATED AT THE NIPPLE: THE FIRST CASE REPORT

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Murat Urkan (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Mehmet Ali Gulcelik (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Syringocystadenoma papilliferum (SCAP) is a rare benign tumor of apocrine sweat glands, usually located at head and neck, which was described by J.H.Stokes in 1917. Other locations of SCAP are very rare. Only very few cases have been reported for malignant transformation and metastasis. In this case, we wanted to share our experience about SCAP located in the nipple and relapsing with intraductal papilloma.

Material-Method

Data of a 26-year-old patient is reported.

Result

Female patient presented to our clinic with a mass at the posterior of the left nipple. The mass was excised and pathologic results showed SCAP. The patient had no complaints for 1 year, however the mass relapsed later at the same location. Re-excision was planned and performed. The second excised mass at pathology report was found to be florid type ductal epithelial hyperplasia and intraductal papilloma(IP).

Conclusion

SCAP may be located at the female genitals, extremities and trunk rarer than at the head and neck. This case is the first one to report SCAP at the nipple. SCAP may be related with nevus sebaceus resulting in basal cell carcinoma or syringocystcarcinoma, however no data has been reported about the link of SCAP with IP. The relation may be due to the microscopic characteristics of SCAP- the presence of papillary processes between two epithelial lines. The SCAP of the nipple must be followed up for IP transformation or relapses. Further evolution may be needed for this dark side of the rare pathological entity however, because of its rareness, it seems troublesome. In this case, we aimed to draw attention to the topic and pave the way for further studies.

MANAGEMENT OF HIGH-ENERGY PERINEAL GUNSHOT WOUND WITH VACUUM ASSISTED WOUND COSURE TECHNIQUE

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Emine Arici (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of Anesthesiology - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Sahin Kaymak (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Aytekun Unlu (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Nazif Zeybek (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Introduction

High-energy gunshot wounds cause damage by blast-fragment effect and disrupting tissue integrity. Vacuum assisted wound closure techniques(VAWCT) are frequently applied in the treatment of high-energy gunshot injuries in surgical centers. It is a noninvasive treatment that accelerates wound healing by increasing cellular proliferation and granulocyte formation. In this study, we aimed to present our approach to a patient with traumatic extensive tissue damage that is difficult to maintain and manage.

Material-Method

Data and management of perineal high-energy gunshot injured patient is presented.

Result

Male, aged 21, injured by high-energy gunshot was transferred to our clinic after damage-control surgery with mechanic ventilator and in hypovolemic shock. He had retroperitoneal injury in addition to a large tissue defect at the perineal region. Laparoscopic loop colostomy was performed to prevent fecal contamination of the wound after the hemodynamics of the patient were stabilised. Surgical debridement, deep curettage, and necrotic tissue excision of wide wound defect with retroperitoneal vascular reconstruction was performed by multidisciplinary approach of general surgery, urology, plastic surgery and cardiovascular surgery. After 2 weeks from hospitalization, patient underwent 16 sessions of VAWCT. Tissue grafting was performed by plastic surgery to the scarred wound following VAWCT application. After these operations, the patient was able to sit in the third month of hospitalisation.

Conclusion

VAWCT application in contaminated and complicated injuries, such as high-energy penetrant injuries has a distinct advantage over conventional treatments. We strongly suggest the application of VAWCT for high-energy wound management after stabilization of the patient. Surgeons must consider loop sigmoid colostomy in perineal injuries for fecal diversion.

MULTIDISCIPLINARY APPROACH AT GARDNER'S SYNDROME

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Mehmet Fatih Can (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Ismail Hakki Ozerhan (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Abdurrahman Simsek (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Aim

Gardner's Syndrome (GS) is one of the familial adenomatous polyposis syndromes with an incidence of 1/14.000. Characteristics of GS is adenomatous polyps of colon with less common upper gastrointestinal polyps/osteomas/thyroid papillary carcinomas/liver-renal-pancreatic carcinomas and desmoids. Treatment/prophylaxis is total proctocolectomy. Doxorubicin is a common drug for medical treatment and imatinib is being debated. At this case, we aimed to share our experience about GS patient with multiple desmoids treated surgically/medically.

Materials & Methods

Data and multidisciplinary medical/surgical management of GS patient with multiple desmoids is presented.

Case

14-years-old female patient with family history of GS had multiple dysplastic tubular polyps came to our clinic. The patient was found to have multiple desmoids. Total colectomy with mesocolic excision was performed and the desmoids were excised in 2013. In 2015 the patient came to the clinic with abdominal pain and mass. Radiology showed retro-intraperitoneal multiple masses infiltrating GI-organs. The patient was operated to excise the abdominal masses and found to have aggressively infiltrative desmoids. The patient was determined as inoperative, and only the falciform ligament/omentum/right adrenal mass were resected. The patient was treated with imatinib however no response was seen. The patient was then switched to doxorubicin resulting in a partial response.

Discussion

The main problem of early diagnosed GS patients is the co-incidence of other malignancies such as abdominal desmoids which may present with ileus/GI-hemorrhage and may not be favorable for resection. Doxorubicin is used in such inoperable patients. The use of Imatinib is controversial for GS treatment. Unfortunately our patient did not respond but imatinib has been reported as feasible for other GS patients.

SPINDLE CELL MALIGN MESENCHYMAL TUMOR RELATED WITH NEUROFIBRAMATOSIS: RARE CASE FOR ACUTE ABDOMEN

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Sehavet Huseynov (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Nuri Karadurmus (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of Oncology - Ankara)

Huseyin Sinan (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Sezai Demirbas (Tobb University Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Neurofibromatosis-1 (NF1) is an autosomal-dominant inherited disease with dermal neurofibromas, café au-lait spots and less common gastrointestinal stromal tumors/duodenal carcinoids/sarcomas/biliary-breast carcinomas. In this case, we aimed to share our experience about NF1 patients with spindle cell malignancy mesenchymal tumor (SCMMT).

Materials & Methods

Data of NF1 patient with SCMMT is presented.

Case Report

27-years-old male patient with a NF1 diagnosis came to our clinic with symptoms of increased abdominal pain, diarrhea, weight loss, fever and loss of appetite. The patient had a prior colonoscopy for these symptoms and the resulting histopathology showed lymphocytic colitis and a pre-diagnosis of inflammatory bowel disease/lymphoma. Physical examination showed multiple neurofibromas/café au-lait spots, abdominal distension and a mass at the anterior abdominal wall. Laboratory results were normal. Computed Tomography reported; multiple necrotic abdominal lymph nodes, perihepatic-perisplenic free fluid, dilated small bowel due to subileus, a liver segment-4 mass and abdominal anterior wall mass which later biopsy showed to be SCMMT. PET-SCAN showed multiple liver-peritoneal malignant masses. Surgery was delayed for the patient and he was treated with Adriamycin + Ifosfamide. Partial response was observed in early evaluation of chemotherapy treatment but the patient died because of infection predisposed by chemotherapy.

Conclusions

The cause of NF1 is mutation at neurofibromin-1 which causes neurofibromas and rare malignancies mentioned above with SCMMT as one of them. The type of malignancy determines the prognosis of NF1-patients. Aggressive SCMMT in our case, is the result of a neurofibromin mutation which arises from the neural sheath. Deeply located abdominal SCMMT are difficult to diagnose because a biopsy may not be appropriate. NF1 patients with SCMMT are rare cases and must be kept in mind for etiology of acute abdomen at NF1 patients.

HEMATOMA MASS SECONDARY TO SPONTANEOUS OMENTAL HEMORRHAGE PRESENTED AS ACUTE ABDOMEN

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Ramazan Yildiz (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Huseyin Sinan (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Orhan Kozak (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Even though appendicitis is the most common cause of acute abdomen, rare etiologies must also be kept in mind. In this case, we aim to share our experience about a patient who presented in our clinic with an acute abdomen and with an abdominal mass as a result of spontaneous omental hemorrhage(SOH).

Material/Method

Case of a SOH is presented

Case Presented

35-year-old female patient without any history of trauma presented to our clinic with an epigastric mass and acute abdomen. Patient had been treated with carbamazepine for 10 years. WBC count was 13.700/mL with all other laboratory values in normal ranges. Her computerized tomography showed a 7cm soft tissue mass localized between the anterior abdominal wall and the antrum of the stomach(Pic.1). WBC and symptoms of the patient didn't regress on the second day of admission and she was scheduled for surgery. The patient was found to have a hematoma originated from and surrounded by omentum, and drainage of the hematoma with partial omentectomy was performed(Pic.2). Histopathology results found 'omental tissue with focal necrosis, inflammation, granulation and hemorrhage'. Patient was discharged without any complications.

Discussion

SOH is a rare cause of acute abdomen. The etiologies of SOH are: transarterial embolization, antiplatelet treatments, omental cystic lymphangioma, aneurysmal ruptures of omental vessels, omental torsion, ectopic endometrium, cavernous angiomas and stromal tumors. Carbamazepine may be suspected as the cause of SOH, but literature shows no such side effect, except thrombocytopenia which the patient did not have. We believe the etiology of the patient's SOH was omental torsion or aneurysmal rupture of omental vessels.

PARTIAL SPLENECTOMY WITH SIX NEEDELED RADIOFREQUENCY PROBE FOR HEPATIC RESECTIONS

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Mehmet Fatih Can (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Nazif Zeybek (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Splenic and hepatic partial resections have always been a problem for surgeons because of biliary leaks and hemorrhages. For this reason, surgeons tried to avoid partial resections of these organs until new devices were invented. However, these new devices are usually invented for the liver, so partial splenectomy(PS) continues to be a problem for surgeons. In this case report, we aimed to share our experience of PS done by six a needle radiofrequency probe (SURTRON SB), designed for us in hepatic resections.

Material/Method

Case of a PS is presented.

Case presentation

20-year-old male patient presented to our clinic with left flank pain. Laboratory results were in normal range. Computarized tomography(CT) of the patient showed exophytic localized hydatid-cyst of the spleen at the anteroinferior pole, and the patient was scheduled for surgery(Pic1). Surgeons opted to perform a PS due to the immune functions of spleen. Anteroinferior branches of the splenic artery-vein were ligated and resection was done with six needle radiofrequency probe through the demarcation line(Pic2,3). The patient was discharged without complications. In a CT 3 months after surgery, the patient was found to have a 6x6cm collection of serous fluid at the surgery site. The cyst was percutaneously drained without complication.

Discussion

Splenectomy is preferred to PS at localized splenic pathologies due to surgical complications. But postsplenectomy complications continue to be a problem, with postsplenectomy infections reported at 5%. Still, there are no specific devices for partial-spleen resections as there are for the liver. For this reason, surgeons may use partial hepatectomy devices for PS. In conclusion, we found SURTRON SB device feasible for use in PS, which was previously reported only for 9 patients according to the pubmed search engine.

TRANSANAL MINIMAL INVASIVE SURGERY FOR HIGH GRADE TUBULOVILLOUS RECTAL ADENOMA AT RELAPSED AML PATIENT

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Mehmet Fatih Can (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Dogus Durmus (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Sezai Demirbas (Tobb University Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Transanal minimal invasive surgery (TAMIS) for rectal neoplasms is a feasible approach to preserve the rectum, with less complications and hospitalizations especially for low performance-status patients. In this case, we aimed to share our experience about TAMIS used in a relapsed AML patient who had a coincidence of high grade tubulovillous rectal adenoma (HGTRA).

Materials & Methods

Case of a TAMIS applied AML patient for HGTRA is presented.

Case Presentation

52-years-old patient with relapsed AML and a pulmonary aspergillus infection admitted to our clinic with rectal hemorrhage prior to starting chemotherapy. Magnetic resonance and histopathological examination after a recto-sigmoidoscopic biopsy showed 3cm HGTRA at 12cm and a 1cm low grade tubular adenoma 6cm from the anal verge. The patient was planned for AML treatment first than TAMIS. After 1 month of AML treatment resulting in a cure, the patient was applied TAMIS 1 week after discharging from hematology. TAMIS resulted with complete resection of the both lesions with primary saturation without defect at the rectal wall and complication (Pic1, 2).

Conclusions

TAMIS is an alternative technique for selected patients such as T1N0M0 rectal tumors and dysplastic rectal adenomas with less complication, hospitalization and higher postoperative quality of life. Especially for patients with low performance status scores as was the case in our patient. TAMIS has advantages over abdominal resections. Abdominal surgery for patients under or right after chemotherapy treatment may result in more complications than usual where TAMIS is safer. The occurrence of a rectal dysplastic adenoma occurring in a relapsed AML immunocompromised patient with a pulmonary aspergillus infection is a current topic being debated for the effects of immunosuppression on neoplasms. We believe TAMIS is a feasible technique for selected patients.

MANAGEMENT OF COMPLICATED PERIANAL ABSCESS AT IMMUNOSUPPRESSIVE PATIENT

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Emine Arici (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of Anesthesiology - Ankara)

Sahin Kaymak (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Emin Lapsekili (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Orhan Kozak (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Introduction

A perianal abscess is an inflammatory process that is commonly found. Complicated perianal abscess (CPAA) spreading through the pelvis may be more morbid but is still easy to manage for general surgeons, as conventional treatment is drainage with an appropriate incision and antibiotic therapy. However, CPAA patients with co-morbidities such as immunosuppression are troublesome to manage. Our aim in this case is to discuss the versatile management of a CPAA patient with immunosuppression.

Material-Method

Data and management of a complicated perianal abscess in an immunosuppressive patient due to cytotoxic chemotherapy is presented.

Result

Obese male patient, aged 48, with glioblastoma multiforme and under cytotoxic chemotherapy, presented with perianal pain and malodorous discharge. His WBC was 13.6 μ L. Patient had activity intolerance because of obesity. Physical examination and radiology showed complicated perianal abscess triggered by activity intolerance and immunosuppression. Extensive debridement and drainage with sigmoid loop-colostomy was performed to prevent fecal contamination of the wound. Three sessions of vacuum assisted wound closure technique (VAVCT) were applied and the wound was sutured right after. Patient was discharged on postoperative day 3.

Conclusion

Laparoscopic protective loop-colostomy is not commonly preferred method at complicated perianal abscess however, we suggest it for immunosuppressive patients. VAVCT may be applied to treat tissue defect caused by the CPAA pouch by providing negative pressure to the wound. The goal of our management in the presented patient was to prevent furnier gangrene formation. Patients with perianal abscesses who struggle with immunosuppression, such as cytotoxic chemotherapy as in our case, should be evaluated to prevent further complications.

DEFECATING A BULLET WITHOUT SWALLOWING IT. IS IT POSSIBLE?

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Aytekin Unlu (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Nazif Zeybek (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Many foreign bodies have been defecated by patients or excised by surgeons from the gastrointestinal-tract, however, the presented case is the first one to be reported and we wanted to share our experience about this extreme case.

Aim

Data of a 28-year-old gunshot wounded male patient is presented.

Result

Male patient presented to our clinic 3 days after a gunshot wound and subsequent damage-control surgery. The patient was shot in the right lower arm, resulting in nerve and bone injury, and in the right lower abdominal quadrant with the same bullet continuing its path. The bullet lost energy hitting the arm and tumbled, resulting in a 5x5cm of bullet-entrance-wound and no bullet-exit-wound. In the abdomen, the bullet caused right-colon and sigmoid-colon injury. The patient was immediately operated for right-hemicolectomy and anterior resection with end-to-end anastomosis and was transported to our clinic. After hospitalization, the bullet image was seen at abdominal radiography(fig.1). Computerized tomography was planned for the patient but just before, on postoperative day 4, the patient defecated the bullet(fig.2).

Conclusion

It is difficult to elucidate such a case, but the most probable scenario was- the surgeon operating the patient was not able to detect the bullet causing the multiple intestinal injury in the lumen of recto-sigmoid bowel, where the bowel was injured from only one side of the wall. The surgeon wasn't able to excise it, finishing the operation with end-to-end anastomosis of rectosigmoid bowel after excising the injured segment but not the bullet, and patient defecated it. Damage-control-surgery principles are precise but all surgeons must remember to search for foreign bodies in the abdomen. This is the first known report of a patient defecating a foreign body from the abdomen.

Fig 1: Bullet in the lumen of rectosigmoid colon seen at the abdominal graphy.

Fig. 2: Bullet defecated by the patient.

PROSPECTIVE COMPARISON OF CONVENTIONAL AND ENDOSCOPIC COMPONENT'S SEPARATION TECHNIQUE AT GIANT ABDOMINAL VENTRAL HERNIAS

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Mehmet Fatih Can (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Sezai Demirbas (Tobb University Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Background

Patients with loss of domain ventral hernias (LDVH) are hard for surgeons to manage. Classical surgical treatment reconstructs the abdominal wall with biocompatible mesh which decreases postoperative quality of life and cannot provide a physiological reconstruction of LDVH. Ramirez et al. solved this problem at 1990 by introducing component's separation technique (CST) for LDVH. There is little data in the literature for CST except for the endoscopic (ECST) variant described in 2000. For this reason, we performed this study to compare ECST with conventional CST (CCST) at LDVH.

Materials/Methods

In 2013-2015, 21 patients were included for the study at GTRH Department of General Surgery and data was collected prospectively. Patients were randomized for ECST or CCST according to patient's comorbidities, presence of ostomy, surgical experience and patient wishes.

Results

8(38.10%) of the patients were operated endoscopically and 13(61.90%) were operated conventionally. Mean follow-up duration was 928.90 ± 310.85 days. Mean age were 43.57 ± 19.99 years (ECST: 32.75 ± 17.14 years/CCST: 50.23 ± 19.21 years ($p=0.037$)). Body mass index (BMI), body surface area (BSA), incision reoperation count, component's separation index (CSI), mesh usage, drain usage, hospitalization duration and post-operative complication rates were not statistically significant ($p>0.100$). The groups differing in hernia surface area (HSA) were weakly statistically ($p=0.064$). We found statistical significance between HSA/BSA ratio of ECST/CCST operated LDVH ($p=0.045$) and called 'Gulhane Index for Component's Separation (GICS)' in this anthropometric calculation. We found statistically weak significance between CSI of mesh used-not used patients ($p=0.069$).

Conclusion

In this study we found that CSI which is indicated for preoperative prediction of mesh placement has weak statistical significance. The most important outcome of our study is GICS, which we suggest using for preoperative decision making between ECST/CCST in LDVH patients.

LAPAROSCOPIC LIVER SURGERY TRAINING ON A LIVE SHEEP MODEL

Oleksii Potapov (P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education - Kiev)

Jerzy Mitus (Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology, Cancer Centre - Krakow)

Marco Marino (Paolo Giaccone Hospital, University of Palermo - Palermo)

Miguel Angel Sanchez Hurtado (Department of Laparoscopic Surgery, Minimally Invasive Surgery Centre Jesús Usón - Caceres)

Francisco Miguel Sanchez Margallo (Department of Laparoscopic Surgery, Minimally Invasive Surgery Centre Jesús Usón - Caceres)

Andrzej Komorowski (Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology, Cancer Centre - Krakow)

Background

Laparoscopic liver resection is gaining worldwide popularity. However, the optimal model of training for liver laparoscopy is not yet established. We have compared liver laparoscopy simulations on two live animal models: pig and sheep.

Methods

During five editions of laparoscopy courses which included laparoscopy operations on live animals, the trainees (novices in liver laparoscopy) were scheduled to perform several tasks on the liver and gallbladder (e.g.: Pringle manoeuvre, division of liver ligaments, left lateral sectionectomy, cholecystectomy). The time to perform all the tasks was limited to 2 hours. The trainees and tutors evaluated their experiences in terms of quality of simulation, possibility of learning and the level of difficulty.

Results

Altogether we have operated on 12 pigs and 4 sheep. In two pigs a lesion of hepatic vein occurred - one was repaired by laparoscopic suturing and one was fatal. In three pigs, all tasks were completed. The trainees were not able to complete liver parenchyma transection in any sheep due to uncontrollable bleeding from the liver. Both the trainees and tutors judged the sheep models as more difficult and more technically demanding.

Conclusion

A live anesthetized pig seems to be a better model for liver laparoscopy training than a live sheep, mainly due to bigger anatomical similarity to humans. However, the sheep model can be used for more advanced surgeons.

ROBOT-ASSISTED TRANS AXILLARY THYROIDECTOMY (RATT): A SERIES APPRAISAL OF MORE THAN 290 CASES FROM EUROPE

Gabriele Materazzi (Department of Surgery - University of Pisa - Pisa)
Carlo Enrico Ambrosini (Department of Surgery - University of Pisa - Pisa)

Background

Robot-assisted trans-axillary thyroidectomy (RATT) is widely accepted in Asian countries. However, concerns regarding the balance between its real advantages and safety and cost have been raised by North American authorities. In Europe, assessments have been limited by small numbers until now. The purpose here is to report a large European experience with RATT.

Methods

A retrospective analysis was conducted of 292 patients who underwent RATT for nodular disease between February 2012 and September 2016. Data collected included patient demographics, diagnosis, ultrasound-estimated mean thyroid volume and nodule size, type of resection, operative time, postoperative pain and morbidity, and the hospital length of stay. Pain was assessed by visual analog scale score 12 hours postoperatively (on the first postoperative day, before discharge). Feasibility, effectiveness, and safety were the outcomes of interest. Follow up of thyroid carcinoma patients was carried out measuring thyroglobulin levels and ultrasound examination (median follow up was 24 months, with range of 6-48 months). First control after 6 months and successively once a year.

Results

There were 288 women and 4 men, with a mean age of 37.3. Indications included benign disease in 131 (64 multinodular goiter, 67 benign uninodular goiter), indeterminate thyroid nodule in 96, and papillary carcinoma in 64. Mean thyroid volume was 22.6. mL, and nodule size was 25.4 mm. A hemithyroidectomy was performed in 149 patients and total thyroidectomy in 142. The mean operative time was 75.8 minutes for the former and 98 minutes for the latter. One conversion was required. Complications included transient hypoparathyroidism in 7/142 (total thyroidectomy) patients (4.93%), transient vocal fold palsy in 3/292 (1.03%), 1 delayed tracheal injury (0.4%), and 3 postoperative hematoma (1.03%). Mean visual analog scale score was 1.79, and the mean length of stay was 1.6 days for hemithyroidectomy and 1.9 days for total thyroidectomy. At final histological examination, 141 papillary carcinoma were reported, 77 were incidental thyroid carcinoma and 64 had a preoperative diagnosis of carcinoma. No recurrences of papillary carcinoma were reported at a medium follow-up of 24 months.

Conclusion

RATT is safe and effective and could serve as a viable treatment modality in selected cases.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RETAINED ABDOMINAL TEXTILE SURGICAL MESHES

Serghei Gutu (Department of Surgery, Institute of Urgent Medicine - Chisinau)

Gheorghe Rojnoveanu (Department of Surgery nr.1 "Nicolae Anestiadi" - Chisinau)

Introduction

Retained textile surgical meshes (TSM) left in abdominal cavity are a problem despite precautionary measures currently used. Being qualified as major medical error, they are rarely reported. The natural evolution of the condition is indistinct, whereas diagnosis and treatment are difficult and not standardized.

Aims

To analyze historical, clinical and imaging characteristics of retained abdominal TSM, as well as modalities of treatment and their results.

Materials and Methods

During a 15 year period sixteen patients with retained TSM were admitted to two Departments of Surgery. Males – 5, females – 11, with median age 32.8 years. Time to readmission after first surgery ranged from 5 days to 15 years. Imaging studies included abdominal radiography, ultrasound scan, and computed tomography.

Results

The clinical manifestations of TSM were nonspecific and variable. Transabdominal ultrasound had shown a well-defined mass with a strong posterior shadow. Computed tomography revealed a well-defined “spongiform” mass with gas bubbles inside. In one case the diagnosis was made by upper gastrointestinal endoscopy. Fifteen patients required repeated surgery with removing of TSM and drainage of contaminated intra-abdominal collection.

Conclusions

Retained TSM should be considered as a possible diagnosis in any postoperative patient, who presents signs of peritoneal infection or with abdominal mass. Repeated surgery is usually required for removing TSM from abdominal cavity, and often is associated with high morbidity and a relatively long overall hospital stay with a median number of 18 days.

THE ROLE OF SIMULATION BASED EDUCATIONAL INTERVENTIONS IN THE TRAINING OF SURGICAL TRAINEES IN PERFORM LAPAROSCOPIC APPENDECTOMIES

William Butterworth (King's College Hospital NHS Foundation Trust - London)

Appendicitis is the most common abdominal surgical emergency, resulting in 40,000 admissions annually in England. Laparoscopic appendectomy is the cornerstone management and is very commonly performed as a result. Operations such as appendectomies are commonly performed by junior surgical trainees, and hence by surgeons who are still developing their surgical skills and looking to obtain mastery in their chosen surgical field. The current average complication rate in England for laparoscopic appendectomies lies at 18.5%. Common complications including post-operative bleeding, wound infections and intra-abdominal abscess formation. It is debatable whether this post-operative complication rate is acceptable or whether improved surgical training, simulation in particular, could reduce this.

There is significant evidence that surgical trainees would benefit greatly from simulation training in performing laparoscopic procedures, benefits which would translate into improved patient outcomes. For example, could simulation training lower the number of post-operative abscesses via improving abdominal washout technique, or reduce the number of post-operative bleeds by improved port site selection and avoidance of the inferior epigastric vessels. The traditional approach of honing surgical skills on patients, in absence of maximal preparatory teaching, fails to maintain the correct balance between professional development and patient safety. Increasingly sophisticated simulation technology, such as haptic feedback and video debriefing, is providing us with a platform to deliver high fidelity and safe teaching for surgical trainees prior to patient exposure.

VIRTUAL REALITY TRAINING VS. APPRENTICESHIP TRAINING IN LAPAROSCOPIC SURGERY – A META-ANALYSIS OF THE LITERATURE

Mark Portelli (Mater Dei Hospital - Msida)

Jo-Etienne Abela (Mater Dei Hospital - Msida)

Tonio Bezzina (University of Malta - Msida)

Introduction

Laparoscopic training has become part and parcel of any surgical training programme. Due to the complexity of laparoscopic surgery and reduced working hour policies implemented for patient safety, the apprenticeship method of laparoscopy training might not provide the trainee with the time required to safely master laparoscopic skills.

Aims

To compare virtual reality training with the traditional apprenticeship method of training and determine whether it can supplement or replace the traditional apprenticeship model. We also aim to perform a meta-analysis of the literature and develop conclusions with respect to the benefits achieved by adding virtual reality training on a regular basis to surgical training programmes.

Method

A literature search was carried out on PubMed, MEDLINE, EMBASE and Google Scholar academic search engines, using the MESH terms 'randomized controlled trials', 'virtual reality', 'laparoscopy', 'surgical education' and 'surgical training'. All randomized controlled trials published until January 2016, comparing virtual reality training to apprenticeship training have been included. Data was collected on improved dexterity, operative performance and operating times. Each outcome was calculated with 95% confidence intervals and with intention-to-treat analysis. 24 randomised controlled trials were analysed.

Results

Meta-analytical data was extracted for Time, Path Length, Instrument Handling, Tissue Handling, Error Scores, and Objective Structure Assessment of Technical Skills (OSATS) Scoring. There was significant improvement in individual trainee skill in all meta-analyses ($p < 0.0002$).

Conclusion

This meta-analysis shows that virtual reality not only improves efficiency in the trainee's surgical practice but also improves quality with reduced error rates and improved tissue handling.

REVISION SURGERY FOR FAILED LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATION: OUR INITIAL EXPERIENCE

Serghei Cumpata (State University of Medicine and Pharmacy - Chisinau)

Vasile Guzun (Municipal Hospital nr.1 - Chisinau)

Evghenii Gutu (State University of Medicine and Pharmacy - Chisinau)

Introduction

Laparoscopic antireflux surgery is a frequently performed procedure for the treatment of refractory gastroesophageal reflux in surgical clinics, with excellent symptomatic results in 90-95% of cases. Despite a high rate of success, the failure of laparoscopic fundoplication occurs in 2-17% of cases. Although some cases can be managed conservatively, in approximately 3% to 6% cases the revision surgery is required due to refractory and recurrent symptoms or appearance of complications. The aim of this study is to evaluate the mechanism of fundoplication failure and to share our revision surgery results.

Methods

From 2011 to 2017 revision surgery was performed in 9 patients (all women) between the ages of 18 and 63 years. The technical details of the first operation, recurrent symptoms, endoscopic and radiological data were evaluated. The findings on revision surgery, surgical techniques, morbidity, length of hospital stay, and follow-up period were also recorded and evaluated.

Results

The first procedure was laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication in 8 patients and Dor fundoplication – in one. The types of fundoplication failure were: transhiatal wrap herniations (IA type) in 6 (66.7%) cases, “slipped” Nissen (IB type) – in 1 (11.1%) case, and paraesophageal hernia (II type) – in 2 (22.2%) cases. Two patients were managed primary via laparotomy due to previous open abdominal surgery. Seven patients were operated laparoscopically with a conversion rate of 42.8% (3 cases), caused by dense adhesions (2) and perforation of gastric fundus (1). Nissen fundoplication was redone in 4, converted to Toupet in 2, newly formatted after Dor fundoplication in 1 and was left in place in 2 patients. The repeated cruroplasty was performed in all cases, and in 3 cases – reinforcement with Gore-Tex patch. Laparoscopy operating room medium time was 146 (95 to 240) minutes and converted 208 (195 to 220) minutes. Intraoperative gastric injury occurred in 1 (11%) patient. Length of hospital stay for laparoscopic procedure was 5 days, and 8 days for converted ones. Follow-up was 26 (1 to 60) months: all patients without reflux symptoms, 1 mild bloating, and 2 mild dysphagia – without hernia and reflux recurrence.

Conclusions

The revision surgery is a difficult and risky process with higher rates of morbidity and less satisfactory outcomes than primary surgery, but it can be carried out efficiently and safely by experienced hands in dedicated centers.

THE ROLE OF INTRAOPERATIVE ENDOSCOPY IN THE SURGICAL TREATMENT OF RECTAL TUMORS USING THE LAPAROSCOPIC OR THE OPEN TECHNIQUE

Illés Tóth (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Szabolcs Ábrahám (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Attila Paszt (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Zsolt Simonka (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Tamás Molnár (University of Szeged, Department of Internal Medicine - Szeged)

György Lázár (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Introduction, Aims

With the introduction of laparoscopic techniques in surgery of colorectal tumors, the role of intraoperative endoscopy (IOE) has become more prominent in localizing lesions not palpable with laparoscopic instruments. Our objective was to assess how surgical radicalism was affected by IOE, depending on the selected surgical technique (LAP vs. OPEN) in surgeries of rectal tumors performed in our Department between 2014 and 2016.

Patients and methods

Our study was conducted retrospectively. Between January 1, 2014 and December 31, 2016, 380 patients underwent surgery for rectal or rectosigmoid tumors in our department. Emergency, palliative resections, rectal extirpations, and cases showing complete clinical/pathological regression after neoadjuvant oncological treatment were excluded. Out of 165 selected patients (127 LAP, 38 OPEN [76% vs. 23%]), 39 (24%) were subjected to IOE (IOE+). The mean distal resection margin (DRM) and mean circumferential resection margin (CRM), the number of lymph nodes removed (LN), and the ratio of cases with a DRM of at least 20mm to those with a DRM of less than 20mm were evaluated, comparing both the LAP and OPEN, and the IOE+ and IOE– surgeries.

Results

There is a significant difference between the LAP and the OPEN group in DRM and CRM (30.64 vs. 21.29mm; 21.11 vs. 15.39mm, respectively). There is also a significant difference in LN, in favor of the LAP group (14.18 vs. 12.39). A resection margin of at least 20mm could be achieved in 74% of the cases in the LAP group, whereas the same figure was only 50% when using the OPEN technique. In case of OPEN+IOE, compared with the IOE– group, the mean DRM could be increased from 20.78mm to 24mm, and the ratio of cases with a DRM of at least 20mm increased parallel to this (66.7 vs. 46.9%)

Conclusions

Based on our study, clearly more favorable oncological outcomes can be achieved with the LAP technique during surgery of rectal tumors. Although clear, significant differences with regard to DRM could be demonstrated in favour of IOE in the OPEN group only, IOE helps not only to localize non-palpable lesions but also to precisely determine the distal resection margin.

RETROPERITONEAL VS. TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY: A META-ANALYSIS OF THE LITERATURE

Mark Portelli (Mater Dei Hospital - Msida)
Christian Camenzuli (University of Malta - Msida)
Nicholas Vella (Mater Dei Hospital - Msida)
Andrea Gafa' (Mater Dei Hospital - Msida)
Tonio Bezzina (University of Malta - Msida)
Ernest Ellul (Mater Dei Hospital - Msida)

Background

Minimally invasive surgery is gradually becoming the mainstay of surgical treatment of many conditions. Two laparoscopic techniques have been developed in the management of adrenal disease – the Retroperitoneal and the Transperitoneal Laparoscopic Adrenalectomy.

Objective

To identify whether Retroperitoneal Laparoscopic Adrenalectomy carries any advantage over Transperitoneal Laparoscopic Adrenalectomy.

Method

A literature search has been carried out on PubMed, MEDLINE, EMBASE and Google Scholar academic search engines, using the MESH terms 'Adrenalectomy', 'Randomised Trial', 'Retroperitoneal', 'Prospective', 'Transperitoneal', 'Laparoscopy' and Boolean Operation such as "" and '+'. All randomized controlled trials published until January 2016, comparing Retroperitoneal and Transperitoneal Laparoscopic Adrenalectomy were identified. Data was collected on duration for post-operative ambulation, recovery, post-operative pain and intra-operative blood loss. Each outcome was calculated with 95% confidence intervals and with intention-to-treat analysis. 4 randomised controlled trials were eligible for analysis. Results were tabulated using Microsoft Excel and further analysed using Reference Manager 5.3 and SPSS 22.

Results

The meta-analysis shows no unanimous findings in favour of either retroperitoneal or transperitoneal approach. The retroperitoneal approach was superior for the post-operative ambulation and recovery outcomes. The transperitoneal approach was significantly better in post-operative pain and intra-operative blood loss outcomes.

Conclusion

The meta-analysis shows no unanimous results in favour of either transperitoneal or retroperitoneal approaches.

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ESOPHAGEAL DIVERTICULUM: SHORT-TERM AND LONG-TERM RESULTS

László András (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Attila Paszt (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Zsolt Simonka (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Szabolcs Ábrahám (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

András Rosztóczy (University of Szeged, Department of Internal Medicine - Szeged)

György Lázár (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Background

We present our experience with minimal invasive surgery for epiphrenic esophageal diverticulums. Short- and long-term results of surgical therapy were analyzed.

Methods

Nine patients were examined with symptomatic epiphrenic diverticula. Patients underwent complex gastroenterological examinations before and after surgery. In eight cases, laparoscopic transhiatal diverticulectomy was performed, followed by esophago-cardio-myotomy and fundoplication. In one case, only diverticulectomy was performed where no motility disorder was present preoperatively. Results from surgical treatments and changes in preoperative and postoperative complaints from patients were evaluated. Changes in quality of life were evaluated for esophageal associated symptoms.

Results

In all cases except one, the preoperative examination showed dysmotility of the esophagus. The average duration of surgeries was 165 (130-195) minutes; blood loss was minimal. No intraoperative complications were detected, and no mortalities occurred. In one case, staple line leak developed (1/9 [11.1%]), which was resolved with conservative therapy, while another patient had to be reoperated due to bleeding. Check-up functional examinations confirmed adequate esophageal function. The total symptom score for the patients was 6.3 points preoperatively, and it decreased to 1.6 ($p < 0.001$) postoperatively, an average of 74% subjective improvement. Proton pump inhibitor therapy was started in four patients due to complaints of reflux. In three cases, drug therapy was successful; in one case, Nissen anti-reflux surgery was performed.

Conclusion

Laparoscopic transhiatal diverticulectomy and Heller-Dor surgery are effective interventions with low morbidity. Quality of life in patients significantly improves in the long-term, but gastroesophageal reflux disease may occur.

PERIOPERATIVE PARAMETERS AS LONG-TERM RESPONSE PREDICTING FACTORS IN CASE OF SPLENECTOMY PERFORMED DUE TO ITP

Áron Nyilas (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Attila Paszt (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Zsolt Simonka (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Szabolcs Ábrahám (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Zita Borbényi (University of Szeged, Department of Internal Medicine - Szeged)

György Lázár (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Background

The most frequent indication for laparoscopic splenectomy is therapy resistant immune thrombocytopenia (ITP) and it ensures the best long term results of this disease compared to possible second-line pharmacological therapies. In addition, there are more and more new pharmacological curative facilities (anti CD20 antibodies, thrombopoietin mimetics) that show poorer results but without surgical strain. Therefore learning the safety of surgical methods and their long term efficacy is definitely important, as is the selection of patients who will react to the surgical treatment. Our aim is analysing the safety of splenectomies and the short and long term prognostic significance of the perioperative known parameters.

Methods

We performed 40 splenectomies between 1st January 2000 and 1st January 2015 because of ITP. We analysed the role of the response to first-line steroid therapy, age and the preoperative thrombocyte count and we also analysed whether the splenectomy was second- or third-line therapy. We analysed the role of these parameters in predicting short and long term effects (Complete response (CR)/ Partial response (R)/Non response (NR) – Permanent responder).

Results

The mean age of patients was 46.62 ± 17.48 years. CR occurred in 28 cases (70%) and partial response in 5 cases (12.5%). Below the age of 50, 9% (2/22) of the patients did not develop a response. This rate was 28% (5/18) in patients over the age of 50 after surgery ($p=0.023$). In the steroid refractor group, 30% did not develop a response whereas 100% of the steroid dependent patients developed CR (NR: 7/23 vs. 0/17; $p=0.027$). The patients were followed up for 10.9 ± 6.9 years on average and during this period in the group of responders (CR+R=33), permanent response was detected in 21 cases. This occurred in 71% of patients originally developing CR, whereas it only occurred in 20% of patients and the relapse occurred on average 12.5 months after surgery.

Conclusion

Laparoscopic splenectomies are safe and are still the most effective methods in the second-line treatment of ITP. In our study, younger age as well as response to preoperative steroids were predictive factors for long term success of splenectomies.

IS INTRAOPERATIVE TOUCH IMPRINT CYTOLOGY INDICATED IN THE SURGICAL TREATMENT OF EARLY BREAST CANCERS?

Zoltán Horváth (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Attila Paszt (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Zsolt Simonka (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Melinda Látos (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Viktor Oláh (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Dóra Nagyszegi (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

László Kaizer (University of Szeged, Department of Pathology - Szeged)

Zsuzsanna Fejes (University of Szeged, Department of Pathology - Szeged)

Sándor Hamar (University of Szeged, Department of Pathology - Szeged)

Erika Csörgő (University of Szeged, Department of Pathology - Szeged)

Katalin Ormándi (Diagnoscan Magyarország Kft. - Szeged)

Máté Lázár (Diagnoscan Magyarország Kft. - Szeged)

György Lázár (University of Szeged, Department of Surgery - Szeged)

Introduction

Intraoperative touch imprint cytology (TIC) of the sentinel lymph node(s) (SLN(s)) in the treatment of breast cancer has significantly reduced the number of axillary block dissections (ABD) required during second surgeries. Based on recent studies, ABD was not considered necessary if the presence of tumor cells/micrometastasis was confirmed in the SLN(s) or in the case of macrometastases in a patient group meeting the inclusion criteria for the ACOSOG Z0011 study. Our aim was to determine the sensitivity and usefulness of TIC with regard to these results.

Methods

TICs of the SLN(s) were examined in 1168 patients operated on for breast cancer. The method was also analyzed retrospectively based on the guidelines for the Z0011 study. During TIC, new samples were cut every 250 µm; impression smears were evaluated after being stained with hematoxylin eosin.

Results

TIC confirmed metastasis in 202 cases (202/1168, 17.29%). Metastasis was confirmed in SLN(s) in 149 additional cases during a final histological examination. The sensitivity of TIC was found to be 57.18%, and its specificity was 99.63%. An analysis was then performed except for cases that met the inclusion criteria for the Z0011 study and with metastasis smaller than 2 mm (micrometastasis/isolated tumor cells) considered to be positive during intraoperative cytology. The sensitivity of the method decreased to 34.23%, while its specificity was still high at 99.76%.

Conclusions

Based on the new guidelines for ABD, imprint cytology cannot be considered a beneficial and cost-effective intervention in the surgical treatment of early breast cancer.

LIGASURE TISSUE SEALING DEVICE VS SUTURE LIGATION IN THYROIDECTOMY: A PROSPECTIVE SINGLE-SURGEON RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Joseph Anthony Attard (Mater Dei Hospital - Msida)

Matthew Cassar (Mater Dei Hospital - Msida)

Alex Attard (Mater Dei Hospital - Msida)

Background

Suture Ligation (SL) with electrocoagulation is the gold standard for haemostasis in thyroidectomy[1,2]. LigaSure™ is a Tissue Sealing Device (TSD) with a reduced energy spread profile and a theoretically lower risk of injury to adjacent structures which has recently been employed in the field of thyroid surgery. However, the overall benefit of TSD over SL in thyroidectomy remains unclear[1-3].

Hypothesis

The use of LigaSure™ TSD is superior to SL in thyroidectomy.

Method

This prospective randomised controlled trial included 90 patients undergoing elective total or hemi thyroidectomy under one Consultant General Surgeon at Mater Dei Hospital in Malta. Patients were randomised to either TSD or SL (45 patients in each group). Primary endpoints were blood loss; recorded as total blood loss as well as blood loss from start of actual thyroid dissection to its removal (dissection blood loss); and operation time; recorded as total operation time as well as time from start of thyroid dissection to its removal (dissection time). Secondary endpoints were frequency of post-operative vocal cord palsy, post-operative hypocalcaemia (in patients undergoing total thyroidectomy) and total length of hospital stay. For statistical analysis, two-way Analysis of Variance (ANOVA) was used. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

The groups were matched for patient characteristics. Mean total blood loss for total and hemi-thyroidectomy respectively: TSD: 88.91+52.52 ml and 69.56+33.92 ml; SL: 96.63+41.39 ml and 53.43+33.03 ml ($p > 0.05$). Mean dissection blood loss for total and hemi-thyroidectomy respectively: TSD: 77.61+48.51 ml and 55.31+32.54 ml; SL: 84.43+39.57 ml and 43.11+28.39 ml ($p > 0.05$). Mean total operation time for total and hemi-thyroidectomy respectively: TSD: 55.36+25.34 min and 41.13+14.57 min; SL: 54.68+14.56 min and 40.85+10.05 ($p > 0.05$). Mean Dissection Time for total and hemi-thyroidectomy respectively: TSD: 33.73+24.28 min and 19.96+10.31 min; SL: 33.79+12.18min and 18.88+7.69min ($p > 0.05$). Post-operative hypocalcaemia: 6 (26.09%) with TSD and 1 (5.55%) with SL ($p > 0.05$). Vocal cord palsy: 1 patient in SL group.

Conclusion

There was no statistically significant difference in any of the outcomes measured between the TSD and SL groups. These results show that LigaSure™ is not superior to conventional Suture Ligation in thyroidectomy and therefore they do not support its routine use, particularly in view of its high unit cost.

EVALUATION OF USEFULNESS OF THE SAGES SAFE CHOLECYSTECTOMY PROGRAM IN THE EYE OF THE SURGEON

Paweł Bogacki (Jagiellonian University Medical College, Poland - Kraków)

Katarzyna Gotfryd-Bugajska (Hospital of Brothers Hospitallers of St. John of God, Krakow, Poland - Kraków)

Mirosław Szura (Jagiellonian University Medical College, Poland - Kraków)

Over 75.000 laparoscopic cholecystectomies (LC) are performed yearly in Poland. Common bile duct injury (CBDI) is a severe complication. The Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) established a Safe Cholecystectomy Program (SCP), introducing the Critical View of Safety (CVS) and 6 rules to minimize the risk of CBDI.

The aim of the study is to assess the knowledge of SCP among polish surgeons and their opinion on the usefulness of its rules. Long-term goal is to promote SCP among polish surgeons and increase safety of LC.

Data were gathered in form of an anonymous questionnaire distributed among participants of several surgical conferences in Poland. The questionnaire constituted of questions on demographic information followed by questions about the knowledge and implementation of SCP. It then asked about the surgeon's experience in terms of cholecystectomies performed and the number of complications in form of CBDI and choleperitonitis. It then listed the SCP Rules and asked the surgeon about their opinion on usefulness of each of the rules on a 10-point scale (0-useless, 9-crucial). Gathered data were subject to statistical analysis and a comparison between specialists and residents was performed. The study has been registered in the ClinicalTrials.gov database under ID NCT03155321.

93 questionnaires were gathered. 3(3.2%) questionnaires were left out of the analysis due to the fact that they were filled out by medical students. 67(74.44%) specialists (91% male, mean age 52y) and 23(25.56%) residents (56% male, mean age 30y) completed the questionnaire. Mean work experience was 26years among specialists and 3.5years among residents. More specialists have experienced CBDI in their practice than residents (46% vs. 17%, $p=0.014$). More specialists are accustomed with the SCP than residents (49.3% vs. 21.7%, $p=0.021$), but these numbers are still low. Significant differences in the mean usefulness score between residents and specialists were observed in regard to two rules: rule 1c was found more useful by specialists (mean score 6.48 vs. 3.96, $p<0.001$), while rule 6 was found more useful by residents (mean 8.91 vs. 8.06, $p=0.013$).

The awareness of SCP in Poland is still low and needs to be promoted. Both surgical residents and specialists consider the rules of SCP to be useful during surgery, although there are differences in the usefulness scores. An educational program to promote and further implement the SCP should be established.

MANAGEMENT OF BORDERLINE RESECTABLE PANCREATIC CANCER IN A SPECIALIZED HEPATO-PANCREATO-BILIARY CENTER IN LATVIA

Antons Rudzāts (University of Latvia, Division of Residency; Riga East Clinical University Hospital, Department of General and Emergency Surgery - Riga)
Margarita Ptašņuka (Riga Stradiņš University, Division of Residency; Riga East Clinical University Hospital, Department of General and Emergency Surgery - Riga)
Haralds Plaudis (Riga Stradiņš University, Department of Surgery; Riga East Clinical University Hospital, Department of General and Emergency Surgery - Riga)
Guntars Pupelis (Riga Stradiņš University, Department of Surgery; Riga East Clinical University Hospital, Department of General and Emergency Surgery - Riga)

Introduction

Surgery is the only potentially curative treatment for patients with pancreatic cancer. However, less than 20% of patients can potentially undergo curative surgery. Management of borderline resectable cancer (BRC) is controversial and is still a matter of debate.

Aims, Materials & Methods

The aim of this study was to share our first experience of surgical management of patients with BRC of the pancreas. According to NCCN guidelines, 39 (19.8%) patients out of 197 diagnosed with pancreatic cancer at the Department of Surgery from 2014 to 2016 were identified as potentially resectable and considered for surgery (study population). All eligible patients were stratified into two groups: 30 patients underwent standard oncological resection (VR-) and 9 – vascular resection (VR+). Surgical procedure, overall ICU and hospital stay, morbidity rate were analysed comparing both groups.

Results

Nine patients were recognized as having BRC and considered for venous vascular resection. Resection of the portal vein was performed in seven patients and the superior mesenteric vein – in two patients. Preoperative vascular involvement was suspected in two cases; decision to perform venous resection in others was based on intraoperative findings. Venous reconstruction procedures included: longitudinal or transverse venography (n=6); end-to-end anastomosis (n=3). Venous repairs were completed using 5-0 Prolene running suture. Morphological examination revealed ductal adenocarcinoma in all VR+ patients. Seven patients were classified as having a T3 tumour. R0 resection rate was achieved in 88.9%. The median number of examined regional lymph nodes was 13 (range: 2-22); these were found to be positive for tumour metastasis in three cases. The mean operation time and intraoperative blood loss was 171.3±44.6 min and 432.5±282.2mL in VR- group vs. 177.8±30.7 min and 450.0±269.3 mL in VR+ (p=0.69 and p=0.88, respectively). There was no significant difference between VR- and VR+ groups regarding ICU stay (3.7±1.9 vs. 2.6±1.1 days, p=0.09). Overall morbidity rate in VR- group was 20.0% vs. 22.2% in VR+, p=0.89. There was no mortality in our series.

Conclusions

About one fifth of patients undergoing pancreatectomy for pancreatic cancer present with BRC. Strict radiological protocols are needed for preoperative diagnostics of vascular involvement, especially for patients considered for curative resection. Vascular resections in patients with BRC should be performed in centers with a high patient flow.

BIO-PRINTING LATTICE STRUCTURES WITH CONTROLLABLE POROSITY AND DENSITY

Luke Hale (Barts Health NHS Trust - London)

Biological tissue is heterogenous and anisotropic. These properties are often overlooked in bioprinting, with simplistic structures printed with great consideration given to the material printed, but little to the design of the resulting structures. The architecture of tissue engineered structures can yield novel bulk properties such as compressibility in certain dimensions or spatial variation in density or porosity.

This work builds on previously published work and combines mathematical structures called minimal surfaces with a method of dividing the surface called voronoi fragmentation (see attached pdf). These methods can be used to produce lattices and scaffolds that control the density and porosity of the printed material, and are also rapidly modifiable to produce optimum biomimetic scaffolds. Such scaffolds could have wide applicability for surgical reconstruction or replacement of native tissue.

GENE EXPRESSION PROFILE ON NORMAL THYROID TISSUE DURING THYROIDECTOMY: A REVOLUTION IN THE MANAGEMENT OF THYROID DISEASE?

Lucia Ilaria Sgaramella (Unit of Endocrine, Digestive, and Emergency Surgery, Department of Biomedical, University of Bari "Aldo Moro" - BARI)

Giovanna Di Meo (Unit of Endocrine, Digestive, and Emergency Surgery, Department of Biomedical, University of Bari "Aldo Moro" - BARI)

Alessandro Pasculli (Unit of Endocrine, Digestive, and Emergency Surgery, Department of Biomedical, University of Bari "Aldo Moro" - BARI)

Roberta Maria Isernia (Unit of Endocrine, Digestive, and Emergency Surgery, Department of Biomedical, University of Bari "Aldo Moro" - BARI)

Angela Gurrado (Unit of Endocrine, Digestive, and Emergency Surgery, Department of Biomedical, University of Bari "Aldo Moro" - BARI)

Roberto Ria (Department of Pathology, University of Bari "Aldo Moro" - BARI)

Mario Testini (Unit of Endocrine, Digestive, and Emergency Surgery, Department of Biomedical, University of Bari "Aldo Moro" - BARI)

Background

Gene expression profiling (GEP) provides new information about gene activity and is useful to explore the biology of cancer. In this study, GEP has been adopted to characterize normal thyroid tissues sampled from surgically removed thyroids of neoplastic and non-neoplastic patients, to better understand which genes drive cancer/normal cell interactions, and the role of normal cells surrounding and supporting the tumor cells in cancer progression.

Method

A triple-blind prospective study was performed from March 2013 to October 2014 on 97 consecutive patients undergoing thyroid surgery for neoplastic and non-neoplastic disease. After patient's consent, a sample of macroscopically normal gland was taken during operation on the side of the gland opposite to that containing tumor or in a macroscopically healthy area when a preoperative diagnosis of malignancy was not known. Total RNA was extracted and the whole-GEP was determined. To determine whether normal tissues derived from those from non-neoplastic thyroids according to the natural grouping of their GEP, we performed an unsupervised analysis using the hierarchical clustering algorithm on the 1.5 average fold change probes in the samples database. Supervised analysis was performed to compare samples from neoplastic and non-neoplastic diseases. GEP was validated by qRT-PCR.

Results

The absence of neoplastic infiltration of the specimens was histologically confirmed. Unsupervised analysis showed a high sample clustering according to similar pathology: carcinoma, goiter, hyperfunctioning disease, normal tissue from patients with parathyroid gland tumors. Whereas, with a supervised analysis, forty-five genes, functionally involved in tumorigenesis, cancer progression, angiogenesis, response to hypoxia, cell organization, proliferation, apoptosis, cell differentiation and metabolism, were detected.

Conclusion

The distinct GEP detected may influence the insurgence and/or progression of thyroid cancer and its molecular classification. This is the first study about GEP of healthy tissues derived from neoplastic and non-neoplastic thyroids and it may represent a predictive indicator of neoplastic disease even when imaging and/or FNAB are negative or doubtful. Finally, GEP on normal thyroid tissue, could be the onset for new preoperative diagnostic approaches, treatments, prophylactic strategies, until prophylactic total thyroidectomy, in selected patients.

EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN THE ELDERLY

Vasil Bozhkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Yanko Stefanov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Plamen Chernopolsky (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Dilyan Chaushev (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Ilko Plachkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Rossen Madjov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Background

Abdominal pain in patients over 65 years is a challenge for doctors in emergency departments. Pathologies associated with abdominal pain become more prevalent and significant due to the increase of average age in the population.

Bulgaria ranks second in Europe and fourth in the world in terms of obsolescence of the population. In recent years, general surgeons also became geriatric surgeons as elderly patients represent more than a half of the average general surgical practice. Emergency surgical procedures are also more likely to cause significant morbidity and mortality in elderly patients. Although outcomes after elective operations are similar in younger and older patients, elderly patients have higher rates of death and complications after emergency operations.

Aim

To present our experience in the surgical treatment of elderly 323 patients between 2006-2016 who underwent emergency surgery in Second department of surgery.

Material and methods

Patients were admitted from the emergency department. The imaging modalities used were X-ray, ultrasound and CT scan. Intra-operative findings were ileus – 53, perforation of upper GIT – 52, acute appendicitis – 51, perforation of lower GIT – 49, mesenteric ischemia - 45, incarcerated hernias – 73. The ASA score was III – IV degree. Most of the patients had past medical history of cardiovascular, respiratory and endocrine diseases.

Conclusion

The diagnosis and management of abdominal pain remains a challenge of modern medicine. Elderly patients undergoing emergency surgery are at high risk for in-hospital complications.

LAPAROSCOPIC-ASSISTED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (LTAP) BLOCK , A NOVEL TECHNIQUE FACILITATING AMBULATORY SURGERY IN TOTAL EXTRA PERITONEAL (TEP) INGUINAL HERNIA REPAIR: A PROSPECTIVE, DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Afzaal Amin Mughal (Mayo University Hospital - Castlebar)

Iqbal Zafar Khan (Mayo University Hospital - Castlebar)

J Rehman, H Nasim, M Riaz, R Waldron, M Duggan, W Khan, K Barry, IZ Khan

Department of Surgery, Mayo University Hospital, Saolta University Healthcare Group.

Introduction

Laparoscopic hernia repair has facilitated early mobilization and return to work. The management of postoperative pain is paramount in day-case procedures.

Objective

The aim of this study was to compare the efficacy of LTAP block with peri-portal local anaesthetic wound infiltration in managing postoperative pain.

Methods

A prospective, randomized, double-blind trial was conducted with patients undergoing elective laparoscopic inguinal hernia repair (Jan 2016-May 2017). The test group received laparoscopic-assisted LTAP block with 30 ml of 0.25% bupivacaine and periportal area was infiltrated with 15mL normal saline. The control group received LTAP block with normal saline and periportal area was infiltrated with 15mL of 0.5% bupivacaine (7+4+4mL at port sites). All patients received standard peri-operative analgesia including morphine. Postoperative pain scores were recorded using numerical rating scores [NRS 0 (no pain) to 10(worst pain)] at rest and coughing at dedicated time points. Statistical analysis was carried out using SPSS22 and $p < 0.05$ was considered significant.

Results

54 (53males and 1female) were enrolled; 27 patients were randomized to each group. Age, ASA score, operative time, and BMI were comparable between the groups. One patient had postoperative hematoma. Numerical rating pain scores were significantly reduced in the test group at 1, 3, and 6 hours at rest ($p = 0.04$, $p = 0.001$, and $p = 0.01$, respectively). There was no significant difference in pain scores at 1, 3, and 6 hours during coughing ($p = 0.126$, $p = 0.22$, and $p = 0.13$, respectively) and postoperative analgesic requirements between both groups ($p = 0.21$).

Conclusions

This analysis has confirmed the therapeutic benefit for pain relief utilizing LTAP blocks in early postoperative period.

SUPER-SUPER OBESE BARIATRIC PATIENTS ARE AT HIGHER PERIOPERATIVE RISK AFTER TWO MOST COMMONLY PERFORMED BARIATRIC SURGERIES.

Michał Wysocki (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Krakow, Poland - Kraków)

Piotr Małczak (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Krakow, Poland - Kraków)

Michał Pędziwiatr (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Krakow, Poland - Kraków)

Magdalena Pisarska (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Krakow, Poland - Kraków)

Jan Witowski (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Krakow, Poland - Kraków)

Mateusz Rubinkiewicz (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Anna Lasek (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Jan Kulawik (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Michał Kisielewski (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Maciej Stanek (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Andrzej Budzyński (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Krakow, Poland - Kraków)

Piotr Major (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery), Krakow, Poland - Kraków)

Introduction

Super-super obese ($BMI \geq 60 \text{ kg/m}^2$) patients are considered as high risk for bariatric surgery, but we still have limited experience in this population. The aim of the study was enhance data on perioperative management and postoperative outcomes of super-super obese patients with respect to the remaining bariatric population ($BMI < 60 \text{ kg/m}^2$).

Material and methods

Prospective, observational study included patients undergoing LSG or LRYGB in referral center for general surgery. Patients were divided into two groups: $BMI \geq 60 \text{ kg/m}^2$ and $BMI < 60 \text{ kg/m}^2$. We analysed outcomes of both groups in the 30-days period. Patient care was standardized (ERAS), as well as surgical techniques. From 2013 to 2016, 573 patients met inclusion criteria [360 females, 213 males, median age of 42 (35-51)].

Results

Perioperative outcomes of 41 super-super obese patients were compared to 532 patients with $BMI < 60 \text{ kg/m}^2$. LSG was performed in 59% of patients in $BMI \geq 60 \text{ kg/m}^2$, and in 36% of $BMI < 60 \text{ kg/m}^2$, but there were no differences in type of procedure ($p=0.507$). Operative time in case of LRYGB and LSG did not differ between groups (respectively $p=0.861$, and 0.791). Intraoperative adverse events did not differ between groups (7% vs. 4%, $p=0.307$). Perioperative morbidity was significantly higher in $BMI \geq 60 \text{ kg/m}^2$ group (20% vs. 7%, $p=0.008$). Clavien-Dindo 3-5 perioperative morbidity rate was higher in $BMI \geq 60 \text{ kg/m}^2$ group (10% vs. 2%, $p=0.029$). Mortality rate was 5% in $BMI \geq 60 \text{ kg/m}^2$ and 0% in $BMI < 60 \text{ kg/m}^2$. Rate of prolonged length of hospital stay did not differ groups ($p=0.121$), but readmission rate was significantly higher in $BMI \geq 60 \text{ kg/m}^2$ (20% vs. 5%, $p=0.001$).

Conclusion

Despite operative outcomes being comparable with other morbidly obese patients, super-super obese individuals are at significantly higher risk of postoperative morbidity and mortality, and readmission.

SUPER OBESE BARIATRIC PATIENTS DO NOT HAVE WORSE EARLY POSTOPERATIVE OUTCOMES – POLISH MULTICENTER STUDY

Jan Kulawik (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Michał Wysocki (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Piotr Małczak (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Michał Pędziwiatr (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Magdalena Pisarska (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Jan Witowski (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Mateusz Rubinkiewicz (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Anna Lasek (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Michał Kisielewski (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Maciej Stanek (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Andrzej Budzyński (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Piotr Major (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Introduction

Many studies reported that super obese patients are at increased risk for morbidity and mortality following different types of surgeries. We wanted to determine whether Body Mass Index (BMI) influences postoperative outcomes of bariatric treatment. Our aim was to analyse whether BMI $\geq 50\text{kg/m}^2$ at the moment of LSG and LRYGB was a determining factor in postoperative outcomes.

Materials and methods

Prospective, observational study included patients undergoing LSG or LRYGB in two referral centers for general surgery. Patients were subdivided into two groups: BMI $< 50\text{kg/m}^2$ and BMI $\geq 50\text{kg/m}^2$. Endpoints of analysis were the influence of BMI on postoperative morbidity, operative time, LOS, and readmission within a 6 month period. Patient care was standardized (ERAS) including surgical techniques. From 2013 to 2016, 788 patients met inclusion criteria.

Results

649 patients had BMI $< 50\text{kg/m}^2$ and 139 had BMI $\geq 50\text{kg/m}^2$. Higher ASA and comorbidity rates occurred more often in the BMI $\geq 50\text{kg/m}^2$ group. Surgery distribution was comparable between the groups. Postoperative morbidity (respectively 13.27% and 13.67%) in the 6 months period was not influenced by BMI (OR: 1.03, CI: 0.60-1.78). Risks for gastrointestinal leakage (OR: 1.19, CI: 0.38-3.74), gastrointestinal stricture (OR: 0.46, CI: 0.06-3.65), postoperative hemorrhage (OR: 0.14, CI: 0.02-1.07), wound infection (OR: 0.27, CI: 0.04-2.04), port site hernia (OR: 0.46, CI: 0.06-12.53) or marginal ulcers (OR: 0.01, CI: 0.06-3.65) remained uninfluenced. BMI $\geq 50\text{kg/m}^2$ increased operative time by 18.89 ± 4.18 min ($p \leq 0.001$), but did not influence LOS ($p = 0.338$). Readmission rates were comparable (7.43% and 8.63%; $p = 0.758$).

Conclusion

Patients with BMI $\geq 50\text{kg/m}^2$ have prolonged operative time, but it does not influence the risks of postoperative morbidity. Rates of readmissions and LOS remain uninfluenced.

MORE STAPLER FIRINGS INCREASE RISK OF POSTOPERATIVE COMPLICATION AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY

Michał Wysocki (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Piotr Małczak (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Magdalena Pisarska (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Jan Witowski (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Maciej Matyja (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Michał Pędziwiatr (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Marcin Dembiński (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Maciej Stanek (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Andrzej Budzyński (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Piotr Major (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College; Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Kraków)

Introduction

Staple-line bleeding and leakage are the most common serious complications of laparoscopic sleeve gastrectomy. The relationship between multiple stapler firings and higher risk of postoperative complications is well defined in colorectal surgery but was not addressed in bariatric procedures so far. The aim of this study was to determine the association between complication rate and the number of stapler firings during laparoscopic sleeve gastrectomy.

Materials and Methods

This observational study was based on retrospective analysis of prospectively collected data in patients operated for morbid obesity in a teaching hospital, tertiary referral for general surgery. The patients who underwent LSG were analyzed in terms of the number of stapler firings used as a new potential risk predictor for postoperative complications after surgery, adjusting for other patient- and treatment-related factors. Study included 315 patients (209 women, 124 men, mean age 40.34±10.83).

Results

During the first 30 days post-surgery, complications were observed in 18 (5.67%) patients. Out of 25 analyzed patient-related and procedure-dependent factors, the multivariate analysis has shown that the number of stapler firings used was significantly contributing to the increase risk for perioperative morbidity (OR: 1.91; CI: 1.09–3.33; p=0.023) as well as prolonged operative time (OR: 1.01; CI: 1.00-1.02; p=0.029).

Conclusions

Additional stapler firing above the usual numbers should alert a surgeon and the whole team about the increased risk of postoperative complications.

POTENTIATION OF LOCAL CRYOABLATION PROCESS ON BIOLOGICAL TISSUE VIA DISTILLED H₂O

Oleksiy Dronov (General Surgery Department #1 of Bogomolets National Medical University - Kyiv)

Inna Kovalskaya (General Surgery Department #1 of Bogomolets National Medical University - Kyiv)

Dmytro Homenko (General Surgery Department #1 of Bogomolets National Medical University - Kyiv)

Elisaveta Kosachuk (General Surgery Department #1 of Bogomolets National Medical University - Kyiv)

Viktoriia Teterina (Bogomolets National Medical University - Kyiv)

Background

Cryosurgery is widely common in different medicine industries but in some cases this method requires optimization because of unsatisfactory results of local cryoablation. Search of effective ways to strengthen the local cryoablation process is still relevant.

Purpose

To develop an effective method of potentiating of a local cryoablation process on the biological tissue used in experiments in vitro and in vivo.

Materials and Methods

The study was conducted by the General Surgery Department #1 of Bogomolets National Medical University on the basis of the RE Kavetsky Institute.

Non-purebred rats were chosen as an experimental model with the following subcutaneous injection of Heren carcinoma cells. Four copper-constantan thermocouples of developed

Measuring Intraoperational Thermocoupled Four-Channel Complex (MITC-4) were installed into the tumor on a depth of 3mm, 8mm, 13mm and 18mm from the cryoapplicator surface when the tumor reached a necessary size of 20mm in height. The local cryoablation was conducted in two cycles using an applicator that is 20mm in diameter from the kit of universal cryosurgical device "Cryo-Pulse" that runs on liquid nitrogen. One cycle's preservation period lasted 5minutes, the period of thawing was spontaneous every time. Temperature targets during two cryocycles were recorded on discrete depths in the tumor in the group of rats without potentiation via distilled H₂O (control group, n=8) and in the group of rats where distilled H₂O was previously injected into the tumor (main group, n=10).

Results

Average temperature (M) and standard error of the mean (SEM) at the end of the 5th minute of the second cryocycle on thermocouples T1, T2, T3 and T4 in the main and control groups of rats are provided in the table.

Thermocouple MITC-4	T1 (3 mm)	T2 (8 mm)	T3 (13 mm)	T4 (18 mm)
Control group (2 cryocycles)	-45,1(0,9)	-17,5(3,0)	-8,7(1,4)	-2,6(0,6)
Main group (potentiation via distilled H ₂ O + 2 cryocycles)	-111,4(2,1) *	-79,3(1,9)*	-62,9(2,0)*	-22,5(1,3)*
p<0,05 - *(statistically significant difference)				

Conclusions

Thermophysical properties of distilled H₂O in the case of injecting it into the biological tissue (tumor as well) in 5 minutes before the local cryoablation leads to strengthening the cryodestruction process through increase of cold conductivity of the tissue. It ensures the achievement of a reliably lower temperature targets on depths of 3mm, 8mm, 13mm and 18mm inclusive.

AN EXPERIENCE OF USING CRYOCHEMICAL ABLATION IN A COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH POTENTIALLY RESECTABLE METHACHRONOUS LIVER METASTASES OF COLORECTAL CANCER

Oleksiy Dronov (BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY - Kiev)

Inna Kovalska (BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY - Kiev)

Yelizaveta Kozachuk (BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY - Kiev)

Dmitriy Khomenko (BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY - Kiev)

Yuriy Bakunets (BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY - Kiev)

Mariia Onyshchenko (BOGOMOLET'S NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY - Kiev)

Backgrounds

Surgical resection is the “gold standard” for treating metastatic colorectal cancer (CRC). However 85% of patients have unresectable PM. For this category of patients there are methods of local cytodestructive effects, among which the cryosurgical method remains the most promising. Despite the benefits of this method and its widespread use in many clinics in the world, there remains a number of practical and theoretical issues related to the study of its therapeutic potential and possible ways of improvement.

Aim

To evaluate the immediate results of the application of cryochemical ablation in the complex treatment in patients with potentially resectable metachronous liver metastases of colorectal cancer.

Design of research

cohort prospective.

Materials and Methods

From 2006 to 2016, we analyzed 84 patient histories with potentially resectable metachronous liver metastases (average age 59,4): 1 group (n=51) – cryoablation + Pringle-manneur + FOLFIX/FOLFIRI; 2 group (n=33) – cryoablation + intratumoral 10%CaCl₂ + Pringle-manneur + FOLFIX/FOLFIRI. Totally there were 306 foci that were subjected to influence (averaged - 3,6). The diameter of the foci were 1,0 — 8,6 cm (average — 4,1 cm). Evaluated: postoperative complications, mortality, tumor response (RECIST 1.1), conversion to resectability, frequency of local recurrences. The median follow-up period was 13.4 months

Results

The frequency of specific postoperative complications in groups 1 and 2 was 5,9% and 3,0% respectively ($p > 0,05$). Postoperative mortality associated with local influence, in groups 1 and 2 was not marked. There was significant difference between group 1 and 2 according to RECIST 1.1 ($p < 0,05$): the complete response was 13,9% and 17,3%, partial - 29,7% and 39,4%, stabilization — 47,0% and 39,4%, progression — 9,4% and 3,8%. Conversion to resectability in groups 1 and 2 was 10,4% and 21,2% respectively ($p < 0,05$). The frequency of local recurrences in the 2nd group was significantly less than (6,3%), than in the group 1 (11,3%) ($p < 0,05$).

Conclusions

Intratumoral injection of 10%CaCl₂ in combination with cryodestruction significantly improves the response of the tumor to treatment, increases the conversion rate to resectability and reduces the frequency of local recurrences. Cryochemical ablation is a safe method with acceptable levels of complications and mortality.

THE TYPE OF PAIN IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS CAN PREDICT THE GRADE OF PANCREATIC FIBROSIS

Oleg Kanikovskiy (National Pyrogov memorial medical university, Vinnytsya - Vinnytsya)

Ihor Pavlyk (National Pyrogov memorial medical university, Vinnytsya - Vinnytsya)

Uriy Gnatuk (National Pyrogov memorial medical university, Vinnytsya - Vinnytsya)

Uriy Babiychuk (National Pyrogov memorial medical university, Vinnytsya - Vinnytsya)

Anatoliy Tomashevskiy (National Pyrogov memorial medical university, Vinnytsya - Vinnytsya)

Introduction

The main clinical feature of chronic pancreatitis (CP) is pain. There two types of pain: type A – episodic severe pain with the absence of pain periods and type B – constant pain with episodes of severe pain.

Aims

To define the relationship between the type of pain with the severity of CP.

Material and methods

The results of surgical treatment of 181 patients with CP complicated with pancreatic hypertension were submitted. According to TIGAR-O classification in 162 (90%) patients CP occur after an attack of acute pancreatitis, and 172 (95%) patients had a history of alcohol abuse. According to Marcel – Rome classification calcification CP had 21 patients, obstructive – 34, inflammatory form – 2, fibrosis – 12, cyst – 112.

In 37 patients undergoing a surgical procedure, we check a tissue resistant pressure (TRP) using a Stryker tissue pressure monitor and pressure inside the main pancreatic duct. Surgical treatment was required in 148 patients. In 53 patients, we used a minimally invasive surgical treatment.

Results

Episodes of severe pain require the hospitalization of the patient with CP. Dependence of pain type to CP severity were checked in 62 patients. All patients with calcification CP (5), multiple strictures of main pancreatic duct (7), large (12) and infected (5) pancreatic cyst had pain type B on the time of admission to the hospital. Patients with pancreatic head alone stricture (4), small and medium (26) pancreatic cyst had type A pain. One patient with fibrosis of the pancreas had type B and one – type A pain. And 1 patient more with pancreatic head alone stricture had type B pain.

Patient with calcification (5) and obstructive CP (multiple strictures of the main duct – 7 patients) had TRP as high as >200 mm.Hg in all part of the pancreas indicating the total pancreatic fibrosis. In patients with pancreatic head alone stricture TRP was highest it the place of pancreatic duct stricture (>200 mm.Hg), as in other parts of the pancreas it decrease till 120 mm.Hg and lower. Ductal pressure was increased only in 22 (59,5%) patients. All patients histologically had 4 grade of fibrosis in the stricture place, and there was clear correlation with TRP and histological fibrosis grade.

Conclusion

The nature of type A pain are the hypertonic crisis inside the main pancreatic duct (or cyst) with medium stage of pancreatic fibrosis. Type B pain associated with hypertonic crisis inside the main pancreatic duct (or cyst) with severe stage of pancreatic fibrosis.

A CASE REPORT: ADULT PRESENTATION OF MIDGUT VOLVULUS ASSOCIATED WITH CONGENITAL MALFORMATION

William Butterworth (King's College Hospital NHS Foundation Trust - London)

Introduction

Midgut volvulus associated with congenital malrotation of the midgut is a rare cause of bowel ischaemia in adults, with few reported cases published in literature.

Presentation of case

We report a rare case of a 20-year-old male with spontaneous volvulus of the midgut due to congenital malrotation, resulting in bowel ischaemia. The patient presented with a 9 hour history of acute onset epigastric pain and 1 episode of vomiting. Initially the patient presented with no haemodynamic or biochemical abnormalities but serial venous blood gases demonstrated a gradually increasing lactate. The patient underwent an emergency laparotomy with midgut volvulus reduction and Ladd's bands excised. Subsequent period of observation was followed by small bowel resection with a primary side to side anastomosis performed. Post-treatment, the patient recovered well and was discharged 24 days later.

Discussion

Adult presentation of congenital malformation only accounts for 0.2% cases, of which only 15% will present acutely with volvulus and associated abdominal pain, vomiting and haemodynamic instability. The relative rarity and insidious onset of midgut volvulus makes the diagnosis challenging and stresses the need for surgeons to maintain a high level of suspicion for this critical surgical emergency.

Conclusion

In cases of non-specific abdominal pain, a high index of suspicion as well as close monitoring of the patient's general condition is vital. This allows for early recognition of rare aetiologies in a deteriorating surgical patient prompting early surgical intervention and optimal outcome.

CAN DESIGN OF A MESH USED IN ENDOSCOPIC INQUINAL HERNIA REPAIR INFLUENCE RECURRENCES AND CHRONIC PAIN? EARLY RESULTS OF PROSPECTIVE RANDOMISED CLINICAL TRIAL COMPARING 2D(PATCH) AND 3D(PATCH AND PLUG) MESHES

Lumir Tomala (Department Of Surgery - Karvina)

Vladimir Janout (Medical Faculty-Department Of Epidemiology - Ostrava)

The most important parameter of a mesh used in endoscopic hernia repair is its size. Size of a mesh should be at least 10x15cm. Mesh size is important as a prevention of hernia recurrence. Can a smaller size of mesh lead to less chronic pain? To answer the question, a double-blind prospective randomised trial was conducted in the surgical department in Karvina starting in July 2014. 268 patients underwent endoscopic (TEP/TAPP) hernia repair. A classical polypropylene mesh 10x15cm was used in half of patients, and a modified mesh 10x13cm plus plug was used in another half of patients. The plug was formed by cutting a strip 10x2 cm from the side of a classical mesh. The plug was fixed

in the middle of the mesh. Generally, we do not fix meshes apart from cases of direct hernia with a large defect. The aim of our study was to determine whether the use of a modified mesh instead of a classical mesh reduced chronic pain. Postoperative complications were evaluated one year after surgery at least. There were two recurrences, one per group of patients. Chronic pain evolved in three patients with classical mesh and in one patient with a modified mesh. It seems there could be less chronic pain using a modified mesh/smaller size though it has not been statistically significant as the clinical trial continues.

THE INFLUENCE OF THE MICROBIOME AND EFFECTS ON VOLATILE ORGANIC COMPOUND PRODUCTION IN OESOPHAGO-GASTRIC ADENOCARCINOMA

George Hanna (Head of Academic unit-Imperial college - London)

Introduction

Oesophago-gastric cancer is the sixth leading cause of cancer related death worldwide. The potential role of bacteria in Oesophago-gastric tumorigenesis and their influence on Volatile Organic Compounds (VOCs) produced within the upper gastrointestinal tract is currently unknown. The aim of this study is to identify the predominant microbial species within oesophago-gastric adenocarcinoma and their potential role in the production of VOCs.

Methods

Biopsies (6-8mg) of tumour and healthy gastric mucosa were collected from 10 patients with oesophago-gastric adenocarcinoma. Samples were subjected to 16S RNA analysis; with the V3/V4 genomic region of OG cancer microbiomes targeted using a high-multiplexing approach. Analysis of VOCs within the headspace of the same tissue samples was performed using Proton-Transfer-Reaction Time-Of-Flight Mass Spectrometry (PTR-TOF-MS) with selected precursor ions (H_3O^+ , NO^+).

Results

Comparison of dominant bacterial phyla within cancer and non-cancer samples revealed higher abundance of Firmicutes and Bacteroidetes. Verrucomicrobia and Actinobacteria were present in minimal quantities within the stomach. Six VOCs were found at higher concentrations in the headspace above tumour biopsies compared to healthy mucosa, including: hexanal; nonanal; butyric acid; phenol; isoprene, and; acetic acid.

Conclusion

The abundance of specific microbial phyla within tumour biopsies of patients with oesophago-gastric cancer may suggest they play an important role in tumorigenesis. VOCs detected within tumour headspace may offer further mechanistic insight in to the metabolic processes associated with the development of oesophago-gastric cancer. These encouraging preliminary findings support further culturing investigations to understand the role of microbiome with VOCs and their potential diagnostic and therapeutic significance.

PROTON-TRANSFER-REACTION TIME-OF-FLIGHT MASS SPECTROMETRY (PTR-TOF-MS) ANALYSIS OF VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS IN HUMAN GASTRIC CANCER TISSUE

George Hanna (Imperial College-Head Of Academic Unit - London)

Sacheen Kumar (Imperial College - London)

Mina Adam (Imperial College - London)

Introduction

VOCs emitted from the human body have been of interest to researchers since the time of Hippocrates. The identification, characterization and accurate quantification of VOCs from human samples remains challenging given the complexity of biological matrices. Several mass spectrometry techniques have been employed for the identification of VOCs, with Proton-Transfer-Reaction Time-Of-Flight Mass Spectrometry (PTR-TOF-MS) representing one of the newer methods for real time quantification of VOCs. In this study, mass spectrometric analysis of gastric mucosa has been undertaken to evaluate if these VOCs are directly emitted from cancer tissue.

Methodology

All gastric tissue samples were taken by endoscopic biopsy from patients undergoing OGD. Prior to analysis, batches of frozen tissue samples (each~ 10mg) were left to thaw and then transferred into 20ml headspace screw-capped vials. Each tissue sample was cut into half to allow for analysis utilising 2 different precursor ions (H_3O^+ , NO^+). All samples were kept at room temperature for 30minutes prior to analysis. The septum of the vial was pierced to allow for the placement of the PTR probe with clean air given by an air pump with a flow rate of 40ml/min to avoid vacuum in the vials created by different parts of the instrument.

Results

In total, 41 VOCs in both cancer and healthy gastric mucosa samples were analysed using PTR-TOF-MS. Samples were classified into cancer and healthy groups following histopathological confirmation. Univariate statistical analysis demonstrated that the concentrations of hexanoic acid, butyric acid, hexanal, nonanal, phenol and isoprene were increased in oesophago-gastric cancer tissue compared to healthy controls. The same VOCs have been observed in a previous study at increased concentrations in the exhaled breath of oesophago-gastric cancer patients.

Discussion

This is the first study to employ Proton-Transfer-Reaction Time-Of-Flight Mass Spectrometry for analysis of VOCs in tissue from oesophago-gastric cancer patients. The results obtained indicate that cancer-specific VOCs are directly emitted by from tissue without the need for derivatisation. Moreover, there is a possibility to create a cancer-specific VOC fingerprint that could be used for disease diagnostics. The preliminary results demonstrate that oesophago-gastric cancer-specific VOCs may arise directly from tissue and provide further evidence for the development VOC profiling for disease diagnosis.

VALIDATION OF A DIFFICULTY GRADING SCORE IN LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY

Diana Gonçalves (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Marina Morais (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

André Costa-Pinho (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Renato Bessa-Melo (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Luís Graça (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

J. Costa-Maia (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Background

Laparoscopic splenectomy (LS) is the gold standard for the treatment of many spleen-related disorders. However in the presence of splenomegaly the rate of conversion to open surgery can be as high as 33,9% and is associated with longer operative times and higher costs. In an attempt to improve risk stratification and patient selection for LS, a score that includes four preoperative parameters (age, gender, diagnosis and spleen size) has been developed.

Aims

Validation of a difficulty grading score, in predicting conversion and poorer outcomes.

Methods

Retrospective analysis of 153 consecutive patients submitted for laparoscopic splenectomy from January 2006 through December 2016. Several parameters were reviewed and correlation with evaluated outcomes was analyzed.

Results

Conversion to open surgery occurred in 13 (8,50%) patients and was highly associated with serious intraoperative complications. Spearman correlation showed a significant association between the score and risk of conversion, operative time and postoperative complications, but not with intraoperative bleeding.

Conclusions

Patient and disease features, incorporated in a difficulty grading score, can reliably determine the difficulty of LS and predict risk of conversion, intraoperative and postoperative complications. This simple and reproducible score improves risk stratification for laparoscopic splenectomy and could be useful in daily clinical activities.

THE OPEN ABDOMEN: ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR MORTALITY AND DELAYED FASCIAL CLOSURE IN 101 PATIENTS

Marina Morais (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Diana Gonçalves (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Renato Bessa-Melo (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Vitor Devesa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
J. Costa-Maia (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Introduction

The core concepts of damage control and open abdomen in trauma surgery have been expanding for emergent general surgery. Temporary closures allow ease of accessibility to the abdominal cavity for source control.

Aim

Assess outcomes of patients who underwent open abdomen management for acute abdominal procedures and evaluate the risk factors for worse outcomes and inability of fascial closure.

Methods

We conducted a retrospective analysis of 101 patients submitted to laparotomy in a single institution from January 2009 to March 2017. The outcomes measured were mortality, local morbidity and the rate of primary fascial closure.

Results

The most common indications for open abdomen were bowel perforation, bowel ischemia and necrotizing pancreatitis. Global in-hospital mortality rate was 62,4%. Twelve patients died before re-exploration. For the 37 patients discharged from hospital, a definitive abdominal closure was attained in 28 patients.

Statistical analysis showed that patients over 60 years and APACHE II over 18.5 had higher in-hospital mortality. Definitive fascial closure was statistically associated with lower number of re-interventions and shorter ICU stay.

Conclusions

In these critical patients, mortality remains very high, especially in the elderly and in those with higher APACHE II. As higher numbers of re-interventions and longer ICU stays were associated with an inability to close the fascia, over-fluid resuscitation should be avoided during the whole course of open abdomen management.

VALUE OF SIMULATION IN LAPAROSCOPIC SKILLS TRAINING

Paolo Innocenti (University of Chieti-Pescara (Italy) - University of Chieti (Italy))

Paolo Raimondi (University of Chieti-Pescara (Italy) - Pescara)

Simone Castiglioni (University of Chieti-Pescara (Italy) - Chieti)

Valentina Malerba (University of Chieti-Pescara (Italy) - Chieti)

Selene Rossi (University of Chieti-Pescara (Italy) - Chieti)

Roberto Cotellesse (University of Chieti-Pescara (Italy) - Chieti)

INTRODUCTION

Video-endoscopic surgery requires ambidexterity, hand-eye coordination and depth of perception. Surgical box simulators are the most appropriate models for laparoscopic training, allowing improvements. The purpose of this study was to quantitatively assess the technical skill improvements and the value of training by measuring performance in a series of exercises performed at the trainer box.

METHODS

24 surgical residents (4 each year, PGY1 to PGY6) were evaluated. A double course curriculum was created according to previous experience from the FLS training program. Each subject, after a brief introduction video, was tested first in four basic laparoscopic tasks (peg transfers, loop, beans and cube) and then in the advanced tasks (cutting, endoloop, intracorporeal and extracorporeal knots). Performance was measured using linear times and scoring related to errors. Each participant repeated all the exercises several times. Data were analyzed by linear regression to assess the relationship of performance with level of residency training for each task, and by ANOVA with repeated measures to test for effects of level of training, of repetition, and of the interaction between level of training and repetition on overall performance. Student's t-test was used to evaluate differences between PGY1 to PGY3 and PGY3 to PGY6 residents, and between each of these groups and the PGY 6 level of surgical residents.

RESULTS

Predictors of overall performance were (a) level of training ($P < 0.002$), (b) repetition ($P < 0.0001$), and (c) interaction between level of training and practice ($P < 0.001$). There was also a significant interaction between the level of training and the specific task on performance scores ($P < 0.006$). When each task was evaluated individually for the 24 residents, 4 of the 6 tasks (tasks 1, 2, 6) showed significant correlation between PGY level and score. A significant difference in performance scores between PGY1 to PGY3 and PGY3 to PGY6 residents was seen for tasks 1, 2, and 6.

CONCLUSIONS

A model was developed to evaluate laparoscopic skills. Construct validity was demonstrated by measuring significant improvement in performance with increasing residency training, and with practice. In conclusion, we found a statistically significant improvement in OR laparoscopic performance in residents after proficiency based simulation training. This was achieved using an inexpensive widely available video trainer after 5 hours of simulator training.

LAPAROSCOPIC METHOD FOR INCISIONAL HERNIA REPAIR

Valerii Kryshen (Dnipropetrovsk Medical Academy - Dnipro)

Andrii Kudryavtsev (Dnipropetrovsk Medical Academy - Dnipro)

Volodymyr Dubchenko (Dnipropetrovsk Medical Academy - Dnipro)

Karina Vaschuk (Dnipropetrovsk Medical Academy - Dnipro)

Introduction & Aims

The prevalence of abdominal wall hernias, including incisional, and the common use of minimally invasive surgical treatment methods forces surgeons to search for more modern operative techniques.

Methods

Authors developed and implemented a method of incisional hernia repair. It consists of placing a mesh inside the abdomen to close defect. The procedure involves no abdominal wall reconstruction and the mesh is fixed with staples 2-3 cm further from defect edge. To use conventional meshes without a collagen coating also part of the caul need to be prepared and fixed over the mesh. Thus direct contact between the mesh and internal structures is prevented.

Results

There were 42 operated patients during the period of 2014-2017. The median time a patient spent in clinic after surgery was 16 ± 1 hours. There were no significant early complications. There were also no relapses during the observation period. Quality of life assessment was rated by the patients by a modified Visic scale and there were 35 excellent and good results, 7 acceptable results, with no unacceptable/bad results.

Conclusions

The proposed methodology may be used for incisional hernia surgery. The results are shown to be acceptable. The technique improves the cosmetic effect, reduces the time of rehabilitation, and also reduces the cost of mesh used.

POSTOPERATIVE RESULTS OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY AT INCISIONAL HERNIA

Andrii Kudryavtsev (Dnipropetrovsk Medical Academy - Dnipro)

Valerii Kryshen (Dnipropetrovsk Medical Academy - Dnipro)

Volodymyr Dubchenko (Dnipropetrovsk Medical Academy - Dnipro)

Introduction & Aims

There were a number of patients operated with incisional hernia during the last 5 years using our laparoscopic method. The aim of this study was to discover differences in the early and late post-operative period after laparoscopic hernioplasty and open hernioplasty by a "sublay" method using traditional evaluation methods and ultrasonic-based methods.

Methods

40 patients participated in the study. The first group, 20 patients were operated using the authors' laparoscopic method. In the second group, 20 patients were operated using the traditional sublay method of hernioplasty. The period of observation was 1-3 years in both groups, and a medium $1,7 \pm 0,9$ years. The traditional criteria of life quality estimation of performed treatment were used, by the form of incidence of chronic inguinal pain syndrome, paraesthesia, neuritis, using subjective Visik scale, the level of recurrence, also ultrasonic power Doppler and tissue densitometry using the authors' methodology were used.

Results

No relapses were discovered in either group. Total percentage of early complications like seroma, haematoma, neuralgia, in laparoscopic group was 5%. In the control group the total percentage of complications was 8%. According to subjective methods in first group, quantity of good and excellent results was 16, in second -13, with no unsatisfactory results in either group. After evaluation of tissue structure and blood flow level by doppler ultrasound, the parameters were revealed to be closer to normal in the patients with good and excellent results. Also the level of vascularization was higher in patients operated by the sublay methodology. The thickness of transplant-associated fibrosis layer was evaluated with ultrasound and was $1,3 \pm 0,2$ more than the patients who were operated by the open methodology.

Conclusions

The treatment results of laparoscopic hernioplasty is acceptable and better in comparison with traditional methods of hernioplasty in incisional hernias.

COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY – THREE UNEXPECTED EVENTS

Tomasz Kozłowski (1st Department of General and Endocrinological Surgery, Medical University of Białystok - Białystok)

Jerzy Łukaszewicz (1st Department of General and Endocrinological Surgery, Medical University of Białystok - Białystok)

Piotr Myśliwiec (1st Department of General and Endocrinological Surgery, Medical University of Białystok - Białystok)

Jacek Dadan (1st Department of General and Endocrinological Surgery, Medical University of Białystok - Poland)

Laparoscopic cholecystectomy (LCh) tends to be the most popular laparoscopic operation in the world. Furthermore, it is also one of the procedures that need to be taught by surgical residents. Although LCh is less invasive than a traditional open procedure, it may lead to major complications including bile duct injuries, bleeding or bowel injuries. Our work presents three videos of unexpected events during laparoscopic cholecystectomies that were performed in our Department. The first recording shows LCh with freeing of intraperitoneal adhesions performed in a 34-year-old female patient with cholelithiasis and a prior history of appendectomy. During freeing of intraperitoneal adhesions, the right inferior epigastric vein was damaged, leading to intraperitoneal bleeding. It was managed by suturing from the outside of the peritoneal cavity with the use of a direct laparoscopic view. The patient was discharged on the second postoperative day. The second patient was admitted for elective LCh due to cholelithiasis. After clipping of the cystic duct, we could not remove the clip applier. Another clip applier was introduced through an additional trocar to clip the cystic duct below. The gallbladder was removed together with the clip applier. The patient was discharged from the Department on the first postoperative day. The third patient was a 70-year-old female patient with cholelithiasis. Intraoperatively a big gall bladder (10cm x 5,5cm) with a thickened wall and atypical course of the cystic artery was seen. The gallbladder was perforated and a bile leak occurred into the peritoneal cavity. What is more, the cystic artery was damaged resulting in intraperitoneal bleeding. The bile was removed from the peritoneal cavity, cystic artery was clipped and cut and LCh was completed. The patient was discharged the next day.

Conclusions

Young surgeons should be taught about the complications that may occur during LCh. The goal is to perform safe LCh and avoid major complications such as bile duct or bowel injuries.

TREATMENT OF SYNDROME OF POSTTRUMATIC ARTERIOVENOUS DISEASE AFTER MAIN VESSELS INJURIES DURING THE ATO

Volodymyr Rogovskiy (Clinic of Vascular Surgery of the National Military Medical Clinical Center - Kyiv)

Olexiy Rodionov (Clinic of Vascular Surgery of the National Military Medical Clinical Center - Kyiv)

Boris Koval' (Department of Surgery No. 4 of the Bogomolets National Medical University - Kyiv)

Artem Pysarenko (Clinic of Vascular Surgery of the National Military Medical Clinical Center - Kyiv)

Trauma is the third cause of death in the general population and the main cause in the population younger than 45 years. Damage to blood vessels make up 3% of injuries. The frequency of vascular injury during the wars is comparable to that in peacetime and varies from 0.2% to 4% of all injured patients. In 48,9-68,7% of cases, there are peripheral aneurysms and arteriovenous (AV) fistulas formed. Despite the progress of vascular surgery, vascular treatment of traumatic injuries to date remains a difficult problem. During the period of the ATO in the clinic of vascular surgery of the National Military Medical Clinical Center, there were inpatient treatments for 8 patients with AV-disease with ages ranging 25 to 57. The duration of the disease at the time of admittance varied from 3 months to 1 year. The algorithm of the survey included a collection of physical and laboratory data. All patients with AV-disease were the result of fragmentation wounds of blood vessels in the limbs. All have undergone primary surgical treatment of wounds, and repositioning of bone fragments. According to localization in the general group (8 observations), the main vessels of middle diameter were damaged - 10 (56%), the predominant

affected arteries of the lower extremities was 10 (56%), of which the femur was 5, of the popliteal - 3, of the anterior tibia – 1. The posterior tibia - 1, which is consistent with data in the literature. Surgical interventions were performed by 8 patients with AB-discharges, with a direct operation in 6 (80%) cases, X-ray diffusions - in 1 (10%). Combined stage-by-stage treatment - in 1 (10%). In 7 observations, the volume of open surgical interventions was as follows: ligation of AV-fistula was performed in 2 cases, plastic arteries with anastomosis "end to end" - in 1, lateral artery suture - in 1, prosthetics of arteries with auto vein - in 5 cases Intraoperative ligation of the aneurysm of the popliteal vein is performed in 1 case, resection of the popliteal, posterior tibial vein - in one case, which was associated with a pronounced cicatrix-adhesion process in the AV-fistula zone. Two patients underwent X-ray-endovascular surgery as an independent treatment method, and in all cases, the AV-fistula was completely dissociated. The combined operation was performed in the 1st patient, with the first stage being X-ray-endovascular intervention, which allowed to reduce intraoperative blood loss in the second stage.

VOLVULUS OF SIGMA. SURGERY OR NOT?

Jose Torres Villachica (University Hospital of La Paz - Madrid)
Carolina González Gómez (University Hospital of La Paz - Madrid)
Isabel Prieto Nieto (University Hospital of La Paz - Madrid)
Jose Marijuan Martin (University Hospital of La Paz - Madrid)
Joaquin Díaz Domínguez (University Hospital of La Paz - Madrid)

Introduction

Colon volvulus is a rare disease in our area, usually presenting in patients with multiple pathologies such as constipation, abdominal pain and intestinal obstruction symptoms. There is controversy about the management of these patients at the time of initial clinical symptoms and recurrence of cases. Currently there is no consensus regarding the best technique to be performed.

Objective

Retrospective review of patients diagnosed with sigmoid volvulus in our hospital (La Paz University Hospital) between 2007 and 2016.

Methods

We studied 81 patients during this period, 47 men and 34 women, with an average age of 78 years. Patient treatment approach consisted of endoscopic devolvulation in 41% (33), rectal probing devolvulation in 16% (13), emergency surgery in 32% (26), and delayed surgery in 11% (9).

Results

Of the 42 patients in whom endoscopy was performed, devolvulation was resolved in 78% (33) requiring emergency surgery, 17% (7) due to progressive acute abdomen, and delayed surgery in 5% (2) due to recurrence.

Of the 18 patients who underwent devolvulation by rectal catheter, 27% (5) required subsequent endoscopic devolvulation.

26 patients treated with emergency surgery underwent the Hartman procedure in 54% and resection with anastomosis in 46% of these cases, and none by sigmoidopexy.

Delayed surgery was performed in 9% (7), with segment resection and anastomosis in 22% (2), Hartmann procedure in 78% (7). One case of sigmoidopexy which had to be re-operated with the Hartmann procedure because of recurrence.

Conclusions

In our experience, rectal probe has the worst results and we think it would be best for those cases that have contraindications with the other two techniques. Endoscopic treatment shows good results in our series, with a decrease in morbidity and mortality versus emergency surgical approach and allowing delayed surgery recurrence patients.

LAPAROSCOPIC REPAIR OF PERFORATED PEPTIC DUODENAL ULCER

Suren Stepanyan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Areg Petrosyan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Mkrtich Mkrtchyan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Hayk Eghiazaryan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Hayk Safaryan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Introduction

Some authors do strict selection of patients with a perforated duodenal ulcer for laparoscopy and use it for low risk patients. Other authors adhere to the "laparoscopy-first" policy in these cases. Some questions in this field remained unanswered.

Materials and methods

In this study we included the results of treatment of 53 consecutive patients operated laparoscopically for a perforated duodenal ulcer during the last 7 years. The perforation site was repaired with "PDS" 3-0 or "Caprofil" 3-0 stitch on round body needle tied over an omental patch or without it. Procedures were completed by the leak test. After repair of perforation site, the abdominal cavity was irrigated with a saline solution and routinely drained. In the postoperative period all patients received intravenous fluids, broad spectrum antibiotics, intravenous proton pump inhibitors (PPI), analgesics, and nasogastric tube gastric decompression.

Results and Discussion

There were 49 men and 4 women in the study group. Patients had a mean age of 47 years (range 18-89). In 17 patients perforation was the first manifestation of peptic ulcer disease. History of NSAID use was revealed in 10 patients. The diagnosis was based on clinical signs (abdominal pain, muscle guarding, rebound tenderness). In all cases chest and abdominal X-rays were done. Only 32 (63,6%) patients were admitted to the hospital in the first 6 hours from the onset of symptoms. Simple closure was performed in 14 patients, omental patch repair – in 39 patients. Three cases developed a leak from the suture line. All were managed conservatively by nasogastric tube aspiration and subhepatic drainage for 7 days.

In our study, proper preoperative patient selection resulted in acceptable results: young patients with duration of symptoms up to 12 hours, ASA class I, II and III, without severe cardio-pulmonary comorbidities or septic shock on admission. In our opinion strict selection is necessary for good results of laparoscopic repair of a perforated duodenal ulcer. The most common procedure is laparoscopic repair of the site of perforation with one or two stitches with or without an omental patch. Both methods of laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers were used in our study.

Our study results show that laparoscopic repair for a perforated duodenal ulcer is feasible with acceptable mortality and morbidity rates. We consider a laparoscopic approach as a method of choice for treatment of perforated duodenal ulcers.

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC VS. OPEN RECTAL CANCER SURGERY – SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Piotr Małczak (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Cracow)

Magdalena Mizera (Students' Scientific Society of 2nd Department of General Surgery Jagiellonian University Medical College - Cracow)

Jan Witowski (Students' Scientific Society of 2nd Department of General Surgery Jagiellonian University Medical College - Cracow)

Grzegorz Torbicz (Students' Scientific Society of 2nd Department of General Surgery Jagiellonian University Medical College - Cracow)

Piotr Major (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Cracow)

Magdalena Pisarska (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Cracow)

Michał Wysocki (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Cracow)

Andrzej Budzyński (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Cracow)

Michał Pędziwiatr (2nd Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Centre for Research, Training and Innovation in Surgery (CERTAIN Surgery) - Cracow)

Purpose

The evidence on the influence of laparoscopic technique on short and long-term surgical outcomes is constantly developing. Recently, new randomized controlled trials regarding colorectal oncological surgery have been published. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of laparoscopy and open surgery for rectal cancer through a systematic review including meta-analysis.

Methods

Systematic review of Medline, Embase and the Cochrane library up to October 2016 with a subsequent meta-analysis. Only randomized controlled trials with data on circumferential margin status and morbidity rate were included. Primary outcome: Morbidity. Secondary outcomes: length of hospital stay, length of surgery, anastomotic leakage, blood loss, intraoperative hemorrhage, time to first flatus, time to first bowel movement, postoperative ileus, reoperation and mortality.

Results

Morbidity was reported in all studies. They were reported as overall morbidity, short-term morbidity, intraoperative morbidity and long-term morbidity. There were no statistically significant differences in morbidity (RR=0.91, 95%CI 0.81-1.02), however subgroup analysis revealed differences in long-term morbidity (RR=0.41, 95%CI 0.22 - 0.79). Length of hospital stay was significantly lower in laparoscopy group (MD= -1.15, 95%CI -1.81 - -0.49). Length of surgery was significantly shorter in open approach (MD=43.56, 95%CI 33.15 – 53.96). Blood loss was significantly lower in laparoscopy group (MD= -98.64, 95%CI -143.74 - -53.54). The incidence rate of intraoperative hemorrhage, anastomotic leakage, postoperative ileus, reoperations and mortality were comparable between analyzed groups. Time to first flatus and to first bowel movement was significantly lower in laparoscopy, with a mean difference of -0.91 and -0.81 respectively.

Conclusions

Laparoscopic surgery for rectal cancer is associated with similar short-term surgical complications compared to open surgery. Laparoscopic surgery is superior to open surgery in terms of length of hospital stay, blood loss and bowel function recovery which confirms the benefits and safety of a minimally invasive approach in the treatment of rectal cancer. The only disadvantage is the technical difficulty, which results in a longer length of surgery.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE – ASSOCIATED COLORECTAL CANCER

Marcin Włodarczyk (Department of General and Colorectal Surgery, Medical University of Lodz - Lodz)

Paweł Siwiński (Department of General and Colorectal Surgery, Medical University of Lodz - Lodz)

Jakub Włodarczyk (Department of General and Colorectal Surgery, Medical University of Lodz - Lodz)

Aleksandra Sobolewska-Włodarczyk (Department of Biochemistry, Medical University of Lodz - Lodz)

Adam Dżiki (Department of General and Colorectal Surgery, Medical University of Lodz - Lodz)

Łukasz Dżiki (Department of General and Colorectal Surgery, Medical University of Lodz - Lodz)

Introduction

The risk of developing colorectal cancer (CRC) is increased among patients with inflammatory bowel diseases (IBD) such as ulcerative colitis (UC) and Crohn disease (CD) when compared to general population. Although the magnitude of this increased risk and additional predictive factors for developing CRC have been recently widely studied, different studies report substantially varying results of colitis-associated cancer management. Therefore, a more detailed analysis is required.

Aims

The study aimed at evaluating the oncologic outcome of IBD-associated colorectal cancer (CRC). We attempted at establishing predictive factors of developing CRC among this subgroup and assessing surgical management results in comparison to sporadic CRC.

Methods

The study included 31 IBD patients who underwent the procedure of surgical resection of CRC in years from 2005 to 2016. The study group consisted of 15 patients with ulcerative colitis and 16 patients with Crohn disease. The control group of sporadic CRC was matched by sex, other comorbidities, tumor size and localization and consisted of 31 subjects. The data was retrieved from the retrospective analysis of the medical and surgery records. The inquiry paid attention to the influence of age, sex, BMI, laboratory results, tumor stage, histology and prior surgical procedures on the perioperative course, hospitalization time, frequency and type of complications.

Results

Most patients in the sporadic CRC group presented with stage II cancer (16 patients, 51,6%), whereas in the IBD-induced CRC group, 11 patients (35,5%) had stage II and 12 (38,7%) had stage III disease (according to American Joint Commission for Cancer). The time of the hospitalization was higher in the study group than in sporadic CRC, however there was no statistical significance (11,1 days vs. 9,8 days; $p=0,4821$). The age of IBD-induced CRCs was significantly lower than in sporadic cancers ($48,3\pm 8,6$ vs. $67,3\pm 10,3$; $p=0,0421$). Postoperative complications had the tendency to occur more often in patients with IBD than in sporadic cancer patients (10 vs. 4; $p=0,0683$).

Conclusions

IBD-associated colorectal cancers occur earlier and are characterized by more postoperative complications than sporadic CRC. Our study was based on experience of a single institution, therefore further studies in larger groups are suggested in the future.

FUNCTIONAL IMPACT OF SURGICAL TREATMENT OF RECTAL CANCER (OPEN VS. LAPAROSCOPIC) ON THE QUALITY OF LIFE

Marta Reia (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Guilherme Fialho (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Sócrates Vargas (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Hugo Capote (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Eduardo Soeiro (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Ilda Barbosa (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Background

Advances in surgery and multimodalities of treatment options have allowed a decrease in the morbidity and mortality of patients with rectal cancer. This study compares indexes of anal incontinence, proctalgia, tenesmus, sexual dysfunction and urinary incontinence in patients undergoing laparoscopic and open rectal surgery.

Materials and methods

Retrospective study of 60 patients undergoing surgery for rectal cancer (30 open and 30 laparoscopic) between September/2012 and August/2016, with a phone call inquiry based on the EORTC questionnaire QLQ-CR29.

Results

Our study includes 60 patients, 30 open surgery and 30 laparoscopic surgery (21 females, 39 males). We describe 44 anterior rectal resections (24 open, 20 laparoscopic), 13 abdomino-perineal resections (6 open, 7 laparoscopic abdominal step), and 3 laparoscopic intersphincterian resections. The relative risk (RR) of laparoscopic surgery for anal incontinence was 0.418 ($p = 0.414$), proctalgia 0.40 ($p = 0.424$), tenesmus 0.52 ($p = 0.665$), urinary incontinence 0.28 ($p = 0.079$), and sexual dysfunction 0.34 ($p = 0.084$).

Discussion and conclusions

This study shows a trend indicating a benefit of the laparoscopic technique in all parameters evaluated (lower relative risk), although there was no statistical significance. We verified, as in international series, that the results are similar and reiterating the benefit of laparoscopy on the quality of life in patients with rectal cancer surgery.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SEVERITY PROGNOSTIC INDEXES IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS: STUDY OF 6 YEARS

Marta Reia (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Guilherme Fialho (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Alfredo Leite (Hospital Fernando Fonseca - Amadora)

Isabel Braga (Hospital Fernando Fonseca - Amadora)

Paulo Telles de Freitas (Hospital Fernando Fonseca - Amadora)

Background

Acute Pancreatitis is a common disease with significant morbidity and mortality, representing a common cause of admission to intensive care units.

Material and methods

We produced a retrospective study and comparative analysis of various Indexes of Acute Pancreatitis Severity Predictors used in the Intensive Surgical Special Care Unit (UCICRE) between 1/10/08 and 9/20/14.

Results

There were 44 admissions into the Intensive Surgical Care Unit (48% females and 52% males), age ranging between 35-89 years with a mean age of 66, the treatment modality was medical in 35 patients, and medico-surgical in 9 patients, mortality in 8 patients. The number of Ranson criteria at admission was 1 criteria in 4%, 3 criteria in 42%, 4 criteria in 34%, 5 criteria in 17%, and at 48h hours 1 criteria in 26%; 3 criteria in 33%, 4 criteria in 27%, 5 criteria in 14%; analysis of APACHE II criteria showed 5 criteria in 2.3% (1 patient), 6-7 criteria in 18.2% (8 patients), 8 or more criteria in 79.5% (35 patients); and Modified Marshall: moderately severe acute pancreatitis in 9% (4 patients) and severe acute pancreatitis in 91% (40 patients).

Discussion and conclusion

The use of Severity Prognostic Indexes is intended for the early identification of unfavorable evolution of patients and failure of one or more organs. We verified, as in national and international series, the APACHE II and the Modified Marshall Score are the best Specific Severity Prognostic Indexes to establish the severity of Acute Pancreatitis.

THYROID SURGERY: WHAT CHANGED? – STUDY OF 30 YEARS

Marta Reia (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Guilherme Fialho (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Hugo Capote (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Ilda Barbosa (Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre)

Background

The thyroid surgery has undergone changes in surgical indications and operative techniques over the years.

Material and methods

A retrospective analysis of clinical cases of thyroid surgery between 01/01/85 and 12/31/2014.

Results

There were 431 patients, which corresponded to 462 surgeries. 388 patients were female and 43 were male. The mean age was 53 years. There were 3 study periods.

In the period 1985-2004, 2 enucleations (1%), 118 lobectomies (57.5%), 69 subtotal thyroidectomies (33.7%) and 16 total thyroidectomies (7.8%) were recorded.

In the period 2005-2009, there were 1 enucleation (1%), 3 lobectomies (2.8%), 27 lobectomies with isthmectomy (25.7%), 10 subtotal thyroidectomies (9.5%) and 64 total thyroidectomies (62%)

In the period 2010-2014, 50 lobectomies with isthmectomies (38.2%), 2 subtotal thyroidectomies (1.5%) and 79 total thyroidectomies (60.3%) were registered.

Twenty cases of papillary thyroid carcinoma were diagnosed.

Complications occurred in 13.6% of patients, with hypocalcaemia and dysphonia being the most frequent. 31 surgical resections, 30 clinical relapses and 1 hemostasis review were described.

Discussion and conclusion

The analysis shows the surgical activity with the different surgical techniques used during the 30 years and the recorded complications. The importance of consulting thyroid surgery in the follow-up of patients is emphasized. We also included the modifications that have arisen over the years regarding the surgical technique of the thyroid gland.

ANASTOMOTIC LEAKAGE IN PATIENTS AFTER LOW ANTERIOR RESECTION – OUR CLINICAL EXPERIENCE

Sinisa Maksimovic (Public health institution hospital "Sveti Vracevi" Bijeljina, University of Banja Luka - Faculty of medicine - Bijeljina, Banja Luka)

Aim

The aim of this study was to evaluate anastomotic leakage in patients after low anterior resection of the rectum.

Methods

In the period 2012 – 2016, 378 patients with rectal cancer were operated in the General hospital "Sveti Vracevi" in Bijeljina. Anastomotic leakage was defined prior to the commencement of the study. Sphincter saving procedures (SSP) were performed in 82%, abdominoperineal resections (APR) in 14%, and resection of rectum with definitive stoma (Hartman procedure) in 4% patients.

Results

In the group of patients where SSP was performed (309 cases) there were 26% high colorectal anastomoses (8 cm from anal verge), 65% with low (4-8 cm from anal verge) and 9% with intrasphincteric coloanal anastomosis. Their mean age was 60 years, 32% of patients were ASA 3 or 4, and 17% of the operations were emergencies. Anastomotic leaks occurred in 8.8% (27/309) of anastomoses. The leak rate for intraperitoneal anastomoses was 7.0% (18/254) vs 16.3% for extraperitoneal anastomoses (9/55). Two-thirds of these leaks (18/27) were managed with re-operation or percutaneous drainage procedures. The minimum follow-up time was 12 months. Five-year survival was 62%. Our analysis identified a covering stoma as an independent predictor of a leak.

Conclusions

Low anterior resection combined with coloanal anastomosis provides good treatment for rectal cancers. The creation of a diverting stoma proximal to a high risk anastomosis minimizes severe consequences of a leak but do not reduce the incidence of the leak itself.

TREATMENT OF ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME

Valerii Kryshen (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Pavel Lyashenko (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Sergiy Barannik (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Victor Zadorozhny (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Anna Ivanova (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)

Aim

To develop a device with ultraviolet - and electroradiation for the purpose of intestine sanitation and its electrical stimulation in patients with acute abdominal pathology in cases of abdominal compartment syndrome

Methods

As a guide for electroconducted radiation we use the probe inserted during surgery for drainage of the intestine. For this purpose we invented a device to apply rectangular pulses of 50Hz, with a current of 10mA. For sanitation, the intestine was exposed to ultraviolet LED with a wavelength of 255nm. Electrical stimulation and sanitation of the bowels (with replacement content lactobacilli) was performed after the first postoperative day, with the session lasting 8-10min at a frequency of once every 6-12 hours for 2-4 days. Wave effects on the intestine while eliminating intestinal obstruction were clinical signs assessed.

Results

Compulsory component treatment program abdominal compartment syndrome is a complex correction endogenous deficiency syndrome that includes intraoperative bowel decompression, enteral lavage, intestinal decontamination, enterosorption, enteral dialysis, electrical and early tube nutrition. The healthy proximal part of the small intestine contains up to 10⁵ bacteria in 1mL of intestinal contents (the ratio of aerobic and anaerobic bacteria – 10/1) and terminal ileum - 10³-10⁹ bacteria in 1mL. Patients with acute abdominal pathologies have a disturbed ratio towards the replacement of putrid microflora involving spore-forming bacteria of the genus *Bacillus*, *Clostridium*, *Enterobacteriaceae* (*Proteus*, *Escherichia*, *Morganella*, *Klebsiella*, and *Pseudomonas*). Since the main cause of abdominal compartment syndrome is a cluster of intestinal contents and gas. Treatment requires the elimination of intraabdominal hypertension including intestine drainage and sanitation by ultraviolet radiation against putrefactive microflora with subsequent lactobacilli colonization at 10²-10⁹ and intracolonic electrostimulation.

Overcoming these challenges, we invented novel method of treatment based on nasointestinal tube insertion for intestinal contents resulting in twice decreasing intra-abdominal pressure to 5-10 mm Hg. Due to this reason, the postoperative period was favorable.

Conclusion

Surgical patients with abdominal compartment syndrome, treatment of postoperative intestinal paresis and sanitation is acceptable to use ultraviolet and electroradiation. Treatment procedures should be performed every 6-12 hours for 2-4 days after surgery until peristalsis is restored.

EXPRESS DIAGNOSTICS OF ABDOMINAL COMPARTMENT SYNDROME

Valerii Kryshen (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Pavel Lyaschenko (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Mykola Trofimov (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Tatyana Panikova (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)
Dmytro Litvinenko (Department of General surgery, medical Academy - Dnipro)

AIMS

Developing a gas analyzer for measuring intestinal gas composition as a means to provide abdominal compartment syndrome diagnosis in patients with acute abdomen.

METHODS

To achieve our goal, we proceeded with the following provisions:
analysing the content of intestinal nitrogen and methane gas;
automatic calculation of particular gas concentrations;
no irritating effects to adjacent tissues and ensuring ease of maintenance.

RESULTS

The diagnosis of abdominal compartment syndrome is proposed when intraabdominal hypertension is 15mmHg or more, and in the presence of two or more signs of multiple organ failure: acidosis, hypoxemia, increased central venous pressure, and / or pulmonary artery wedge pressure, hypotension, and / or decrease in cardiac output such as oligouria. The disadvantage of this diagnosis is its late detection in organs and organ systems and its presentation when physiological detoxification barriers have already been damaged. Pathogenetic substantiation of a quick detection method of abdominal compartment syndrome prophylaxes (before clinical signs manifestation) is to determine the quantitative and qualitative gas content composition after surgery. Swollen gas bowels directly lead to the development of abdominal compartment syndrome and later to multiple organ failure.

Our method is based on quick diagnostic determination of nitrogen and methane gas concentration in the intestines. The level of gas concentration determines the severity of abdominal compartment syndrome manifestations prior to the moment when systemic organs failure would be present. As a guide of inserting gas sensors during operation is by guiding the probe along the tube for intestinal drainage. Monitoring of gas concentration is carried out in the postoperative period throughout. Depending on the clinical situation, conservative or surgical treatment of abdominal compartment syndrome is conducted. For patients who used quick diagnosis followed by subsequent medical intervention of abdominal compartment syndrome were not observed to require surgery.

CONCLUSIONS

The complex surgical treatment of patients with abdominal compartment syndrome is to reduce its clinical manifestations prompting us to develop and use the proposed method. Measuring intestinal gas concentration should be performed every 6 hours in the postoperative period. Depending on composition of gas mixture it could be an indication to introduce appropriate changes in a treatment course.

CHARACTERISTICS OF MINE-EXPLOSIVE TRAUMA OF EXTREMITIES IN THE WAR CONFLICT IN THE EAST OF UKRAINE

Ievgen Tsema (Bogomolets National Medical University of Ministry of Health of Ukraine, National Military Medical Clinical Center of Ministry of Defense of Ukraine - Kyiv)

Andrii Dinets (Bogomolets National Medical University of Ministry of Health of Ukraine - Kyiv)

Artem Bespalenko (Military Medical Clinical Center of Occupational Pathology of Personnel of Ministry of Defense of Ukraine - Irpin)

Vladimir Mishalov (Bogomolets National Medical University of Ministry of Health of Ukraine - Kyiv)

BACKGROUND

The hybrid war of Russia against the Ukraine started in certain districts of the Donetsk and Luhansk regions within the Donbas area in 2014. The application of modern weapons against the Armed Forces of Ukraine has resulted in a large amount of limb amputations among the military personnel.

AIM OF THE STUDY is to evaluate the frequency of amputations and to identify circumstances of mine-explosive injuries that caused limb amputations in the hybrid war.

PATIENTS AND METHODS

The circumstances of limb amputation in 119 injured have been analyzed. All patients were mine-explosive casualties from the hybrid war in the East of Ukraine, within the period of 01.06.2014 to 30.06.2016. The mean age of patients was 33.7 (range 18 to 61 years). There were 118 (99.2%) males and 1 (0.8%) female. The mean length of military service at the moment of injury was 2.02 years (range 11 days to 25.2 years).

RESULTS

The mine-explosive injuries which caused limb amputations in 83 (69.7%) patients were directly related with conducting of the military actions: 69 (58.0%) patients were injured as a result of shelling with mine throwers, self-moving artillery systems and rocket launchers («Grad», «Smerch»); 1 (0.8%) case was a result of tank attack; 13 (10.9%) servicemen had been wounded during combat but definite circumstances of the mine-explosive injuries weren't reliably documented. In 36 (30.3%) cases of mine-explosive injuries, the circumstances were not directly related with combat operations: 18 (15.1%) wounded were injured on a tripwire mine; 4 (3.4%) wounded had injuries as a result of careless handling with grenade fuse; 14 (11.8%) patients had mine-explosive injuries resulting from unauthorized detonation of different explosive devices (in weapon storage sites, during of vehicle perquisition at checkpoints, during mine wedging in mortar barrel).

CONCLUSION

69.7% cases of limb amputations in combat-related patients in the hybrid war in the East of Ukraine were directly related with artillery and tank attacks. Whereas, 30.3% cases of mine-explosive injuries were received outside of combat (tripwire mine, careless handling with grenade fuse, unauthorized detonation of explosive device).

FORGOTTEN BILIARY STENTS – A RARE COMPLICATION

Sridevi Murali (Dy Patil School Of Medicine - Mumbai)

Dr. Sandesh Deolekar (Dy Patil School Of Medicine - Mumbai)

Dr. Bibekanand Mahapatra (Dy Patil School Of Medicine - Mumbai)

Introduction

There are many studies about biliary stents, however there is a little information about the long-term complications of forgotten biliary stents except for a few case reports.

Case

We present a 68-year-old female patient presenting with abdominal pain, vomiting and jaundice. The patient has had a biliary prosthesis inserted 114 months earlier for treatment of multiple CBD calculi, post cholecystectomy done in 1993.

Imaging investigations revealed the presence of obstructive jaundice and a biliary stent with gall stones adhered to its surface. After the failure of an endoscopic extraction attempt, surgical intervention ensured the removal of the stent and the gallstones formed on its surface.

Conclusion

this case represents the rarity of such a complication after biliary stenting. At the same time, it emphasizes the need for postoperative follow-up, in order to avoid this kind of complication.

INTRODUCTION OF VIDEO-ASSISTED THYROID SURGERY IN THE SETTINGS OF CITY HOSPITAL N10, MINSK

Siarhei Yakubouski (BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY - Minsk)

INTRODUCTION

One of the current trends in modern thyroid surgery is the introduction of minimally invasive techniques. Rapid progress in endoscopic techniques in recent years allowed operating on thyroid through a small incision on the neck or from remote accesses - the anterior chest wall or the axilla.

The main advantage of operations performed from remote access is the complete absence of scars on the neck, which provides significant cosmetic effect, as well as a reduction in the severity of the pain syndrome.

AIM

Description of our experience in the application of minimally invasive thyroid operations by the method of Video Assisted Neck Surgery - VANS.

MATERIALS AND METHODS

Indication for the operation was nodular goiter with a diameter of less than 4 cm (suspicion of thyroid adenoma, toxic nodule and, in some cases, a colloid nodule) and a thyroid volume less than 40 ml. Patients with signs of thyroiditis or neck surgery in past history were excluded from the study.

We used the VANS method [Shimizu K., 1999]. The ultrasound scalpel UltraCision® (Ethicon-Endosurgery Inc., USA) was used for thyroid tissue dissection.

The duration of the operation, morphology, duration of hospital stay and complications were analyzed.

RESULTS AND DISCUSSION

In total, 7 operations were performed. Initially, we performed subtotal resections of the lobe, which was associated with the mastering of the technique, and subsequently we began to perform lobectomies.

The average duration of the operation was 140 minutes. There were no conversions to open surgery; formation of hematomas/seromas and other general surgical complications, as well as paresis of the vocal cords weren't noted. All removed specimens were follicular adenomas or colloid goiter.

The average duration of hospital stay in the postoperative period was 4.2 days (6.5 - after traditional interventions).

All patients subjectively noted a good cosmetic result.

CONCLUSIONS

We have presented the results of the introduction of video-assisted thyroid surgery. The purpose of this technique is to improve cosmetic results in comparison with traditional surgical interventions. The level of complications when using this technique doesn't exceed that of traditional operations, but its duration at the stage of its introduction is longer. Trauma from VANS operations doesn't exceed that of traditional operations. When implementing such operations, the training of staff and proper selection of patients is necessary.

FOR ALGORITHMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY LINEA ALBA HERNIA

Vasiliy Vlasov (Khmelnitsky Regional Hospital - Khmel'nitsky)

Oleg Kharyshyn (Slavuta Central District Hospital - Slavuta)

Sergey Kalonovskiy (Slavuta Central District Hospital - Slavuta)

Background

The results of treatment of primary linea alba hernias do not meet surgeons' standards due to the high number of recurrences that happen. One of the reasons for this is pathogenetically unsubstantiated operations.

Aim of the study: Evaluation of treatment results of patients with primary linea alba hernias.

Methods

Analysing the treatment results of 276 patients with primary linea alba hernias, distributed by age, sex, size of the hernia defect (by EHS 2009) and methods of surgical intervention.

Results

The average age of patients was $54,7 \pm 12,5$ years. The number of patients was dominated by women (69.9%). Most hernia defects observed were of average (47,1%) and small in size (31,2%). During the examination process, patients with overweight, diastasis recti, with large and giant hernia defects were separated. 63,5% of patients suffered from obesity I-III degree.

Ultrasound investigation and CT allowed us to measure the size of the hernia defect and linea alba and to detect additional hernia defects in it. 39% of patients had a normal linea alba. Diastasis recti of different degrees were found along all of the length of linea alba (23%) or along some of its separate levels (38%).

Based on the collected data, the complex algorithm of primary diagnosis of linea alba hernias, which enabled us to identify and consider all factors that could cause recurrence of hernia was developed. Analysing the results of the hernia defect closing method for each patient, the algorithm of treatment was developed. Autoplastic methods (69 cases) were used for patients with small size hernia defects, the absence of diastasis recti and with a normal body weight. In all other cases the alloplastic methods were used.

Using preperitoneal alloplasty (168 cases) was recommended for patients with a small or medium sized hernia defect and the presence of diastasis recti of I degree only. Retromuscular alloplasty (35 cases) was used for the patients with diastasis recti of II-III degree. Patients were examined within a 3 year period. After closure of the hernia defect with autoplastic methods, the recurrence was detected in 8 (11,6%), and after alloplasty – in 1 case (0,5%).

Conclusions

The algorithm of diagnosing primary linea alba hernias provides optimization of their diagnostic examination. The benefits of using the algorithm for treatment allows to select a method of hernia defect closure individually and avoid future recurrence of the hernia.

CLINICAL PREDICTORS OF MALIGNANCY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH ATYPICAL DUCTAL HYPERPLASIA ON VACUUM-ASSISTED CORE NEEDLE BIOPSY

Diana Hodorowicz-Zaniewska (I Chair of General Surgery, Department of General, Oncological and Gastroenterological Surgery, Jagiellonian University Medical College - Krakow)

Karolina Brzuszkiewicz (I Chair of General Surgery, Department of General, Oncological and Gastroenterological Surgery, Jagiellonian University Medical College - Krakow)

Antoni Szczepanik (I Chair of General Surgery, Department of General, Oncological and Gastroenterological Surgery, Jagiellonian University Medical College - Krakow)

Joanna Szpor (Chair of Pathomorphology, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Wojciech Kibil (I Chair of General Surgery, Department of General, Oncological and Gastroenterological Surgery, Jagiellonian University Medical College - Krakow)

Katarzyna Dyląg-Trojanowska (Department of General and Oncological Surgery, Hospital in Sucha Beskidzka - Sucha Beskidzka)

Piotr Richter (I Chair of General Surgery, Department of General, Oncological and Gastroenterological Surgery, Jagiellonian University Medical College - Krakow)

Introduction

Atypical ductal hyperplasia (ADH) is a benign lesion, which is classified as a lesion of uncertain malignant potential.

Objectives

The purpose of this study was to identify clinical predictors of cancer underestimation in patients with ADH, diagnosed after vacuum assisted breast biopsy (VABB).

Patients and methods

Between 2001 and 2016, a total number of 3804 vacuum-assisted core needle biopsies were performed, including 2907 US-guided biopsies and 897 digital stereotactic procedures. 76 women were diagnosed with ADH and 72 of them underwent subsequent surgical excision. Demographic factors, medical history, family history, clinical symptoms, type and size of lesion determined in imaging scans, size of biopsy needle and the presence of coexisting lesions in VABB specimens were analyzed as potential predictors of malignancy underestimation.

Results

Underestimation of breast carcinoma occurred in 21 patients (29.2%). Independent clinical predictors of malignancy were: lesion visible both in mammography and ultrasound examinations and BIRADS-5 in either imaging study. None of the analyzed factors precluded malignancy in ADH patients.

Conclusions

The vacuum-assisted core needle biopsy is one of the minimally invasive techniques used in diagnosing ADH. As the risk of breast malignancy underestimation is relatively high, open surgical biopsy remains the recommended procedure, especially in patients with lesions detected both in mammography and US examination and assessed as BIRADS-5. As we could not identify the factors that preclude cancer underestimation, all the women diagnosed with ADH should be informed about the risk of cancer underestimation.

NEW METHOD TO DETERMINE THE DEGREE OF TISSUE HYDRATION

Vasiliy Kazuschik (Belarusian State Medical University - Minsk)

Aliaksander Karman (Belarusian State Medical University - Minsk)

Introduction

Different ways of assessing the state of water metabolism exist: determination of body weight with a strict diet, daily assessment of fluid balance in the body or ultrasound and laser doppler, which allow the detection of organ or tissue swelling to a greater or lesser extent, but they do not give quantitative assessment of the content of the fluid. A simple and non-invasive way for quick and reliable determination of the degree of tissue hydration doesn't exist.

Objectives

To develop and introduce into practice a new method of determining the degree of tissue hydration.

Methods

Measuring tissue hydration is achieved using the method of edemometry, which was developed at the 1st Department of Surgical Diseases BSMU. The method allows estimation of the degree of tissue hydration in the following way. The subject method of edemometry determines the maximum pressure drop (MPD) to calculate the index of hydration (IG) according to the formula:

$IG = \text{patient MPD} / \text{MPD healthy individuals}$, where:

- MPD patient = the value of MPD obtained from the patient,
- MPD healthy individuals = the average of the MPD in healthy persons (for the persons of 20-30 years is 14,8 mm Hg.St., for those 31-50 years – 8,9 mm Hg.St. and for persons older than 51 years is 7,3 mm Hg.St.).

IG value below 0,9 reflects the dehydration of the tissues of the body, IG between 0,9 and 1,1 corresponds to the normal degree of hydration of the tissues, and the value of IG above 1,1 indicates hyperhydration of the tissues of the body.

Results

The implementation of this method is demonstrated on the example of the patient with acute gangrenous calculous cholecystitis.

For this patient, the maximum pressure drop was 16 mm Hg.St. The normal rate of MPD in healthy people in this age group was 8,9 mm Hg.St. Based on the above formula, the index of hydration in this patient was:

$$IG = 16 / 8,9 = 1,79 \text{ units.}$$

This result indicates a severe over-hydration of the tissues.

The analysis of the index of hydration in 17 patients with severe (destructive) clinical forms of acute calculous cholecystitis was performed. For all of them it was above 1,1 units.

Conclusions

1. The proposed method of determining the extent of hydration of the tissues by the method of edemometry is a simple, non-invasive and highly informative.
2. In patients with destructive forms of acute calculous cholecystitis, advanced hyperhydration of the tissues is observed.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE BILIARY PATHOLOGY – COUNTY CLINICAL EMERGENCY HOSPITAL ORADEA SURGERY I AND II- 5 YEARS RETROSPECTIVE STUDY

Mariana Ungur (Faculty of Medicine and Pharmacy Oradea - Oradea)

Objectives

The main objective of this scientific paper is to present, in general, the different surgical options in biliary pathology. Particularly the laparoscopic cholecystectomy as a therapeutic approach to subjects with biliary pathology hospitalised in surgical wards at the County Clinical Emergency Hospital, Oradea.

Methods

This is a retrospective study over a 5 year period, 2010-2014, of patients hospitalised with various biliary pathologies who underwent cholecystectomy.

Results

In the period 2010-2014, 6,706 patients with biliary pathology were hospitalised in the County Clinical Hospital Oradea. From the total of 6,706 patients with biliary pathology, 5,421 were hospitalised in the surgical wards of the County Hospital, with 4,228 patients undergoing various surgical procedures. Of the total surgical interventions performed, classical cholecystectomy had a share of 1,761, with conversion after the laparoscopic attempt was performed in 35 cases. Laparoscopic cholecystectomy was performed in 2,297 subjects, of whom, 14 subjects required laparoscopic cholecystectomy with extraction of the common bile duct calculus through the cystic duct.

Conclusions

In the pathology of gallbladder and biliary ducts, of the subjects studied, laparoscopic cholecystectomy was the elective surgical option, even in cases of choletithiasis with acute gallbladder inflammation.

In the selected cases, duct stones, it can be suitable to associate two mini-invasive procedures: laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangio-pancreatography.

Key words

laparoscopic cholecystectomy, biliary pathology.

SEGMENTAL RESECTION OF DUODENAL ADENO CARCINOMA

Faris Alaswad (Nmc Speciality History - Dubai)

Primary malignant tumors of the duodenum represent 0.3% of all Gastro-intestinal tract tumors but up to 50% of small bowel malignancies. Primary malignant tumors of the duodenum must be differentiated from malignant tumors of the ampulla, pancreas and common bile duct. The most frequent tumor of the duodenum is adenocarcinoma. Other primary tumors are lymphomas, leiomyosarcomas, carcinoid tumors, gastrinomas, stromal tumors. Adenocarcinoma of the duodenum may arise from duodenal polyps observed in familial polyposis or Gardener's Syndrome, or be associated

with celiac disease. The tumor can be located in any part of the duodenum but the most frequent location is the second part. Malignant tumors of the duodenum are observed with the same frequency in men and women. The peak of frequency is the sixth decade, although the disease may develop in younger patients. Signs and symptoms are non-specific. The main symptoms are: abdominal pain (15 to 60% of patients), weight loss (30 to 59%), nausea and vomiting (25 to 30%), jaundice (20 to 30%), hemorrhage (10 to 38%). A palpable abdominal mass is found in less than 5% of the patients.

ADRENAL PSEUDO CYST

Faris Alaswad (Nmc Speciality History - Dubai)

Pseudocyst type of adrenal cysts is most common; however, this type of ectopic cyst is quite rare in excessively large adrenal cysts. A 35-year-old woman was admitted to our institution with distension of her right flank and the upper quadrant of her abdomen. Abdominal ultrasonography revealed a cystic lesion with a homogenous anechoic texture, and measuring 28cm in diameter. Computed tomography imaging displayed a giant cystic lesion adjacent to the liver, pancreas, and kidney. The origin of the cyst was not identified. We were not able to make a preoperative diagnosis; therefore, the patient underwent resection of the mass by open laparotomy for therapeutic diagnosis.

Intraoperatively, the mass was identified to be cystic and adhered to the right adrenal gland. It was filled with more than 2500 mL of serous brown fluid. The content of the cyst contained no atypical cells on cytological examination, and the cyst was pathologically classified as a pseudocyst. We describe a case of a patient with a giant pseudocyst of the adrenal gland. The presented data suggests that surgeons should decide a proper treatment strategy for large adrenal cysts while considering hormonal function, degree of size, and possibility of malignancy.

ILIAC ARTERY ANEURYSM AS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF RIGHT ILIAC FOSSA PAIN

Faris Alaswad (NMC Speciality History - Dubai)

Our patient presented with symptoms resembling acute appendicitis. During diagnostic laparoscopy, a retroperitoneal hematoma without a palpable aneurysm was found. Since the patient was hemodynamically stable, it was decided to carry out further radiological investigations. A CT revealed a right sided solitary iliac artery aneurysm and a retroperitoneal

hematoma and because the symptoms were in congruence with our diagnosis, endovascular reconstruction was done. The patient recovered nicely and the retroperitoneal hematoma was reabsorbed spontaneously and the patient was discharged after 7 days.

EXCISION WITH LAYERED PRIMARY CLOSURE AS SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE

Faris Alaswad (NMC Speciality History - Dubai)

Introduction

There are various surgical treatments in a surgeon's arsenal for treating pilonidal sinus disease. We present the results of an easy to perform surgical technique which fulfils all goals of the operative treatment of the disease.

Methods

This is a prospective, multi surgeon, single institution, case series which includes a group of 76 patients. All patients were suffering from pilonidal disease. They underwent en bloc excision of the lesion and the wound was closed meticulously in multiple layers so no residual cavity was left behind.

Results

Full primary healing was achieved in 75 patients. The mean hospital stay was 2.68 days with minor pain and inconvenience. Follow up was 48 months and one recurrence occurred in one patient who failed to follow postoperative instructions.

Conclusions

Meticulous, layered, suture closure is a promising, easy to perform technique which achieves the goals of treating pilonidal disease.

SERUM AMYLOID A PROTEIN (SAA) – A NOVEL EARLY MARKER OF INFECTIOUS COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC COLORECTAL CANCER SURGERY WITH ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY PROTOCOL

Mateusz Wierdak (Department of Endoscopic, Metabolic and Soft Tissue Tumors Surgery University Hospital. II Department of General Surgery CM-UJ - Krakow)
Michał Pedziwiatr (Department of Endoscopic, Metabolic and Soft Tissue Tumors Surgery University Hospital. II Department of General Surgery CM-UJ - Krakow)
Magdalena Pisarska (Department of Endoscopic, Metabolic and Soft Tissue Tumors Surgery University Hospital. II Department of General Surgery CM-UJ - Krakow)
Jadwiga Dworak (Department of Endoscopic, Metabolic and Soft Tissue Tumors Surgery University Hospital. II Department of General Surgery CM-UJ - Krakow)
Jan Witowski (II Department of General Surgery CM-UJ - Krakow)
Piotr Major (Department of Endoscopic, Metabolic and Soft Tissue Tumors Surgery University Hospital. II Department of General Surgery CM-UJ - Krakow)
Andrzej Budzynski (Department of Endoscopic, Metabolic and Soft Tissue Tumors Surgery University Hospital. II Department of General Surgery CM-UJ - Krakow)
Beata Kusnierz-Cabala (Department of Clinical Biochemistry CM-UJ - Krakow)

INTRODUCTION

The introduction of laparoscopic methods as well as the implementation of the ERAS protocol for colorectal cancer (CC) surgery resulted in a significant reduction of complication rate and the length of postoperative hospital stay. However, this causes a risk that patients who develop an infectious complication that is still in the asymptomatic period will be discharged from the hospital. This may result in delayed diagnosis and introduction of inappropriate treatment. Therefore, it seems reasonable to search for new early objective markers of infectious complications in this specific group of patients.

AIMS

To assess the usefulness of plasma serum amyloid A (SAA) concentration and its changes in the early postoperative period as an indicator of infectious complications in patients undergoing colorectal cancer surgery with perioperative care according to the ERAS protocol.

METHODS

Prospective analysis included 81 consecutive patients who underwent laparoscopic CC resection between August 2014 and June 2016. In all cases, standard perioperative care ERAS protocol was used. Patients with IBD, distant metastases, undergoing emergency or multivisceral resection were excluded from the analysis. In all patients, blood samples were collected preoperatively and on postoperative day (POD) 1, 2 and 3. Plasma SAA concentrations were measured. Subsequently, patients were divided into two groups depending on the presence of infectious complications. We analyzed the differences in SAA levels and the dynamics of changes of their concentration in those two groups.

RESULTS

Group 1 comprised of 61 patients with no complications, while in group 2 there were 20 patients with at least one infectious complication. Preoperatively, no significant differences in levels of serum SAA between those groups were noted (group 1: 58.8 ± 155.7 ng/mL; group 2: 75.9 ± 148.7 ng/mL $p = 0.475172$). In postoperative period decrease in SAA concentration was observed in both groups in all postoperative days ([POD 3] group 1: 561 ± 456.1 ng/mL; group 2: 1256.6 ± 551.1 ng/mL $p = 0.00018$). This decrease was bigger in group 2 but with statistical importance in 2 and 3 POD.

CONCLUSIONS

Our study shows that perioperative analysis of SAA plasma concentration may be useful in the early detection of infectious complications. It could be important in decision making in patient discharge from the hospital, especially in current times, when the postoperative hospital stay period is getting continuously shorter.

COMPLICATIONS OF OPEN GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER – ANALYSIS OF 626 PATIENTS BASED ON THE CLAVIEN-DINDO CLASSIFICATION

Radosław Pach (Jagiellonian University, 1st Department of General Surgery - Cracow)

Piotr Kulig (Jagiellonian University, 1st Department of General Surgery - Cracow)

Marek Sierzega (Jagiellonian University, 1st Department of General Surgery - Cracow)

Piotr Kolodziejczyk (Jagiellonian University, 1st Department of General Surgery - Cracow)

Jan Kulig (Jagiellonian University, 1st Department of General Surgery - Cracow)

Background

In previous published reports the complication rate after gastrectomy varied from 15% to 25%. The majority of studies showed data from retrospective analysis of patient files with different criteria of complications. The approach proposed by Dindo et al. enables simple, reproducible and applicable irrespective of the cultural background, reporting of data on postoperative complications based on the therapy required to treat them. Since its introduction, few centres published data on severity of gastric cancer complications based on limited numbers of patients.

Materials and methods

All data on consecutive patients with gastric adenocarcinoma were collected prospectively from 2006 to 2013. Detailed data on clinicopathological features, surgery and postoperative course were collected through medical records and saved in a database. The complications were classified retrospectively according to severity and to the revised version of Clavien-Dindo classification.

Results

A total of 626 patients were included in the study. The majority of patients (52.3%) underwent R0 resection and D1 lymphadenectomy (54.2%) according to Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010 (version 3). Of the 626 analysed patients, 298 (47.6%) developed complications. The numbers of ClavieneDindo grade I, II, IIIA, IIIB, IVA, IVB and V complications were 8 (1.3%), 157 (25.1%), 46 (7.3%), 9 (1.4%), 22 (3.5%), 16 (2.6%) and 40 (6.4%), respectively. In multivariate analysis two significant risk factors for overall complications were identified: preoperative anaemia (odds ratio 2.09, $p = 0.0001$) and duration of operation >180 min (odds ratio 1.73, $p = 0.002$). Three significant risk factors for severe complications were identified: extended gastrectomy (odds ratio 1.696, $p = 0.001$), total gastrectomy (odds ratio 1.684, $p = 0.008$) and operation time >180 min (odds ratio 1.380, $p = 0.030$).

Conclusions

Preoperative anaemia and operating time >180 min were associated with increased risk of overall complications after open gastrectomy.

Extended gastrectomy (multi-organ resection), total gastrectomy and operation time above 180 min increased the risk of severe complications (grade IIIA or over according to ClavieneDindo).

MANAGEMENT OF DISTAL RADIUS FRACTURES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Temitope Ajala-Agbo (Worcestershire Royal Hospital - Worcester)

Ian Levett (Worcestershire Royal Hospital - Worcester)

Background

Distal radius fractures are a very common presentation to the Emergency Departments (ED). It affects about 71,000 adults per year in the UK and in the US it accounts for about 1 out of 6 fractures treated in the ED. Most importantly it is an early marker of skeletal fragility. Colles fracture is the most common type of distal radial fractures.

Aim

To evaluate the quality of closed reduction of distal radius fractures in the ED by reviewing re-manipulation rates and the number of plaster changes.

Methodology

Using a database search of patients presenting to the ED, we identified a consecutive series of patients that had an attempted closed reduction/manipulation of Colles fracture in a 10 month period. A retrospective review of ED case-notes and follow-up fracture clinic appointment was carried out to identify re-manipulations and plaster changes

Results:

	Standard	2014	2015	2016
		6/39	3/34	3/34
Fractures requiring re-manipulation at FIRST fracture clinic appointment	<10%	15%	9%	9%
		21/39	14/34	10/34
Fractures requiring plaster change at FIRST fracture clinic appointment	<10%	54%	41%	29%

What grade of staff are doing the manipulations?

	2014	2015	2016
ENP	22 (57%)	24 (63%)	28 (74%)
SHO	2 (5%)	4 (11%)	4 (11%)
Middle Grade	13 (33%)	7 (18%)	2 (5%)
Consultant	2 (5%)	3 (8%)	3 (8%)
Total	39	38	38

Discussion

- Things done well
- Meeting 1 out of 2 standards (Number of re-manipulations).
- Successful ENP training programme which frees up Middle grades for other problems.
- Further space for Improvement
- Continue progress in casting (better casts whilst maintaining re-manipulation rate)

Conclusion - Re-manipulation rates have reduced to less than 10% and improvement has been maintained

EXTRANODAL EXTENSION IN METASTATIC LYMPH NODES IS MORE FREQUENT IN PAPILLARY THYROID CARCINOMA WITH EXTRATHYROID EXTENSION

Jin-Woo Park (Department of Surgery, college of Medicine Chungbuk National University - Cheongju)

Dong-Ju Kim (Department of Surgery, Chungbuk National University hospital - Cheongju)

Background

Recent investigations suggest that the presence of extranodal extension(ENE) in patients with papillary thyroid carcinomas(PTCs) may be associated with disease aggressiveness, such as high rate of recurrence, distant metastasis and possibly disease specific mortality. In addition, traditional presumption of ENE as a late manifestation of PTCs is now challenged.

Aim of present study is to check distribution of metastatic LNs with ENE and identify risk factors for ENE.

Methods

From Jan. 1st 2007 to May. 30th 2015, medical records for patients who underwent surgery for PTCs were reviewed. Age, sex, tumor and LN characteristics were analyzed. Statistical analyses were performed using SPSS 12.0KO for windows with a $p < 0.05$ as a significant difference.

Results

Five hundred sixty-two patients (35.3%) among 1593 patients had LN metastases. ENE was manifested in 57 patients (3.6%). Average age, maximum diameter and number of tumors of ENE(-)/ENE(+) group were: $49.4 \pm 14.2/48.4 \pm 12.1$ years, $10.3 \pm 8.3/15.1 \pm 13.1$ mm, and $1.6 \pm 1.2/2.1 \pm 1.4$, respectively. Female to male ratio was 4.1:1 and 1.7:1, respectively. Although ENE was manifested from the early age (27 years old) and small cancer (2 mm in diameter), ENE was more frequently observed in patients who had more and bigger metastatic LNs. In univariate analysis, sex, maximum diameter and number of tumors, extrathyroidal extension (ETE), and lateral neck involvement (LNI) correlated positively with ENE. In multivariate analysis, sex ($p=0.017$: odds ratio, OR=2.050: 95% Confidence Interval, 95%CI 1.136~3.701), ETE ($p<0.001$: OR=5.501: 95%CI 2.132~14.195) and LNI ($p<0.001$: OR=8.233: 95%CI 4.383~15.464) showed significant association.

Conclusion

ENE in metastatic LNs is infrequent in patients with PTC. However, it can occur even in papillary microcarcinomas. ETE and LNI might be useful predictors for ENE in patients who have PTC, especially in men.

LAPAROSCOPIC NISSEN-ROSSETTI FUNDOPLICATION FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Suren Stepanyan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Vahe Hakobyan (Yerevan State Medical University - Yerevan)

Hayk Hovhannisyan (Republican Medical Center "Armenia" - Yerevan)

INTRODUCTION

Gastroesophageal reflux disease has high incidence in the general population. It can result in Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma. GERD patients need adequate reflux control. Successful antireflux surgery is more effective than medical therapy in preventing both acid and bile reflux.

SUBJECTS AND METHODS

From June 2010 to June 2017, 48 patients with symptomatic gastroesophageal reflux and/or hiatal hernia underwent Nissen-Rossetti fundoplication by a laparoscopic approach with no division of short gastric vessels. Preoperative examinations included X-ray with contrast examination, gastrointestinal upper endoscopy, 24-hour pH-monitoring. All procedures performed on patients in the Lloyd-Devis position. Patients were subjected to close follow-up.

RESULTS

In 25 procedures performed complete, in 23 – not complete wrap formation. In all procedures performed cruroraphia. In 10 cases mesh fixation around esophagus was required. There was one conversion and no postoperative death. No intraoperative complications were detected. In the group of complete fundoplication there were 4 cases of dysphagia. One laparoscopic reoperation was necessary for dysphagia. In three of those cases, endoscopic dilatation provided effective treatment of dysphagia. No cases of dysphagia and recurrent heartburn were detected in the group of not complete fundoplication. Nasogastric tube decompression was during 2 days. The median hospital stay was 5,2 days.

CONCLUSIONS

Rossetti-Nissen fundoplication with no division of short gastric vessels and not complete wrap formation is an effective antireflux procedure.

ETHYLPYRUVATE REDUCES LOCAL INFLAMMATION AND SYSTEMIC LEUKOCYTE ACTIVATION VIA NF- κ B, PROTECTING FROM ORGAN DAMAGE AFTER BLUNT CHEST TRAUMA AND HEMORRHAGIC SHOCK

Scott Dieteren (Goethe Universität Frankfurt - Frankfurt am Main)

Nils Wagner (Goethe Universität Frankfurt - Frankfurt am Main)

Niklas Franz (Goethe Universität Frankfurt - Frankfurt am Main)

Ingo Marzi (Goethe Universität Frankfurt - Frankfurt am Main)

Borna Relja (Goethe Universität Frankfurt - Frankfurt am Main)

Mario Perl (BG-Trauma Center Murnau - Murnau)

Background

Blunt chest (thoracic) trauma (TxT) and hemorrhagic shock (H) induce strong systemic and local inflammatory response, which is closely associated with apoptotic cell loss and subsequently impaired organ function. The underlying mechanisms are not completely understood, therefore, treating patients suffering from TxT+H is challenging. Here, the therapeutic potential of a reperfusion regimes with ethyl pyruvate (EP) on the early post-traumatic systemic (leukocytes) and local (lung, liver) inflammatory response and apoptotic changes after TxT followed by HS with resuscitation (H/R) was investigated.

Methods

Female Lewis rats underwent TxT followed by HS (60min). Resuscitation (R) was performed with own blood transfusion, and either lactated Ringers solution (RL) or RL supplemented with EP (50mg/kg). Sham group underwent the surgical procedures. After 2h liver and lung tissue as well as blood were obtained for analyses. Systemic activation of neutrophils (cell surface expression of CD11b and CD62L), leukocyte apoptosis (caspase 3/7 activation) and pyroptosis/inflammasome activation (Caspase 1) as well as NF- κ B p65 activity were assessed. Locally, PMNL infiltration and tissue damage (hematoxylin-eosin staining) in lung and liver were assessed. $p < 0.05$ was considered significant.

Results

TxT+H/R-induced systemic activation of neutrophils (increased CD11b and reduced CD62L expression) was significantly reduced by EP. Trauma-induced neutrophil apoptosis was further reduced after EP in neutrophils, but remained unaltered in monocytes. Trauma-induced inflammasome activation, which was observed in monocytes and not in neutrophils, was significantly reduced by EP in both cell entities. NF- κ B p65 activation, which was increased in neutrophils and monocytes was significantly decreased in monocytes. The significant increase in PMNL infiltration of lung and liver was significantly reduced by EP as well, as was the organ damage.

Conclusion

TxT+H/R-induced systemic activation of both, neutrophils and monocytes was associated with increased local tissue inflammation in lung and liver. These changes were abolished by EP, improving systemic cellular and local tissue integrity via down-regulation of NF- κ B p65 activation.

(Supported by DFG RE 3304/5-1 and PE 908/3-1)

USE OF WATERLOW SCORE TO PREDICT OUTCOME IN ACUTE NON PERFORATED DIVERTICULITIS

Sayan Bhattacharya (Warrington Hospital - ST HELENS)

Background

The Waterlow scoring system was originally introduced to stratify risk for developing decubitus ulcers. It is a composite score, reflecting patients' general condition and co-morbidities. This retrospective study investigated whether the Waterlow score could be used as an independent surrogate marker to predict severity and adverse outcomes in patients admitted with acute non-perforated diverticulitis.

Methods

This retrospective project analysed a consecutive cohort of 126 patients presenting with acute non-perforated diverticulitis, all of whom had their Waterlow score calculated on admission. Primary outcome measures were length of hospital stay and mortality. Secondary outcome measures included ITU admission, complications such as progression of disease and the need for surgery. This also analysed the correlation of the Waterlow score with C - reactive protein, a commonly used inflammatory marker in the assessment of diverticulitis patients.

Results

Waterlow score correlated strongly with C-Reactive Protein values (ANOVA, $p=0.001$). Inpatient mortality, rate of ITU admission and length of hospital stay increased with Waterlow score (Mann-Whitney U test, $p=0.0005$, $p=0.05$, $p=0.0001$ respectively). ROC curve analysis demonstrated good predictive power of the Waterlow score for the need for surgery (area under curve=0.72), ITU admission (area under curve=0.66) and length of stay (area under curve=0.65), comparable to the predictive power of CRP.

Conclusions

Routine consideration of Waterlow score in patients admitted with acute diverticulitis could provide a useful tool in prospective assessment of disease severity, help clinicians with appropriate resource management and to inform patients.

INTRA-THYROIDAL PARATHYROID CARCINOMA: A RARE CAUSE OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

Verfaillie Guy (UZ Brussel - Brussels)

Vanhoeij Marianne (UZ Brussel - Brussels)

Jacobs-Tulleneers Daniel (UZ Brussel - Brussels)

Goossens Anita (UZ Brussels - Brussels)

Everaert Hendrik (UZ Brussels - Brussels)

Lamote Jan (UZ Brussels - Brussels)

A 26-year-old female presented with vague complaints of fatigue, weakness, vomiting, constipation, polydipsia and polyuria. Blood analysis revealed severe hypercalcemia (13 mg/dl) and elevated PTH levels (277ng/l).

Ultrasonography showed a solid cystic nodule of 30 mm in the left lower thyroid pole, and a nodular lesion of 14 mm posterior of the upper thyroid pole suggestive for parathyroid adenoma. Puncture of the thyroid nodule was inconclusive. Sestamibi scan and MRI revealed hyperfunctioning parathyroid tissue posterior of the left thyroid upper pole. During surgical exploration, a 1.5 cm nodule in the usual location of the left superior parathyroid was resected. Intraoperative frozen consultation revealed normal parathyroid tissue and intraoperative PTH levels didn't decrease. The left inferior parathyroid was macroscopically normal. Left thyroidectomy was performed due to the large solid cystic nodule. Intraoperative PTH levels normalized 10 minutes later. Examination of the thyroidectomy specimen revealed a 2.8 cm solid-cystic nodule in the lower thyroid pole strongly positive for PTH, local infiltration into the surrounding thyroid tissue and vascular invasion. The diagnosis of parathyroid carcinoma was sustained. Due to positive margins a completion thyroidectomy was performed.

4-years follow-up showed no signs of local or distal recurrence.

Parathyroid carcinoma is a rare clinical entity comprising 0.5 to 2% of patients who present with primary hyperparathyroidism. More unusual is the presence of an intra-thyroidal parathyroid gland (0.2%), which originates from aberrant migration of the parathyroid gland from the third and fourth branchial pouches.

Only a dozen cases of intra-thyroidal parathyroid carcinoma where reported in literature. Parathyroid carcinoma has a high probability of local recurrence, regional node and distant metastasis. The five-year survival ranges from 50 to 85 %. Complete surgical resection is the primary treatment.

HYPOCALCEMIA AFTER THYROIDECTOMY: IS IT POSSIBLE TO REDUCE THE RISK?**Matteo Angelo Cannizzaro** (University Of Catania - Catania)**Valeriya Okatyeva** (University Of Catania - Catania)**Salvatore Lo Bianco** (University Of Catania - Catania)**Valerio Caruso** (University Of Catania - Catania)**Antonino Buffone** (University Of Catania - Catania)**Background**

Hypocalcemia is the most common complication after thyroid surgery. The aim of this study was to determine the early predictive factors of postoperative hypocalcemia and to analyze their efficiency.

Methods

We performed a retrospective study of 345 consecutive patients who underwent total thyroidectomy in the Endocrine Surgery Unit of the Hospital Policlinico G. Rodolico in Catania between 2011 and 2013. We measured serum intact parathormone (iPTH) levels preoperatively and 4 hours after surgery. The threshold values of hypocalcemia for iPTH levels and iPTH relative decline were obtained by receiver operating curve (ROC) analysis.

Results

The incidence of hypocalcemia was 32.2% (111 of 345 patients). Our statistical analysis revealed that hypocalcemia rate was strongly correlated with the lower iPTH values and greater iPTH decrease ($P < 0.001$). The thresholds enabling prediction of hypocalcemia were 12,5 ng/L for iPTH and 55,7% for relative iPTH decline. Patients with iPTH < 12,5 pg/dl developed hypocalcemia in 58.6% of cases while those with iPTH $\geq$ 12,5 pg/dl in 18.8%. Among 175 patients with iPTH relative decline greater than 55,7% hypocalcemia was diagnosed in 91 cases (52%), while in the other 170 patients with iPTH relative decline less than 55,7% only 20 cases developed hypocalcemia (11,7%). Histologic examination revealed an intracapsular parathyroid in 50 patients and two intracapsular parathyroids in 9 patients.

Conclusions

The decreased iPTH levels and increased iPTH relative decline proved to be accurate predictive factors of postoperative hypocalcemia. The early administration of Calcium and vitamin D in the high-risk patients should be performed in order to prevent the symptoms of hypocalcemia and to reduce the costs and duration of hospitalization. Concerning cases of accidentally removed intracapsular parathyroids, an intraoperative evaluation with indocyanine green-enhanced fluorescence and intraoperative near-infrared autofluorescence may be useful. This method will be the subject of forthcoming studies.

EVALUATION OF SURGICAL CANCELLATIONS IN A UK DISTRICT GENERAL HOSPITAL

Natalie Redgrave (Milton Keynes University Hospital - Milton Keynes)

Achal Khanna (Milton Keynes University Hospital - Milton Keynes)

Objectives

There is evidence that the incidence of cancellation of elective surgical operations is on the rise in the UK. This has significant implications for patient care, surgical training and hospital finances. Here, we evaluate the reasons for cancellations in elective surgery at a UK District General Hospital with the intention to identify scope to reduce the resulting problems and to assess the time taken to reschedule surgery.

Methods

Data was obtained from interrogation of prospectively maintained theatre logbooks, the theatre activity spreadsheets and electronic patient records over a 4 month period (October 2016-January 2017). Additionally, a direct comparison was made to similar data from the corresponding period in 2014 and 2015.

Results

There were 444 surgical cancellations during the study period. This represents 11% of the total cases booked. The most frequent cause of cancellation in the current period was lack of bed availability (43%). 18% of cancellations were attributed to patient self-cancellation/DNA and a further 16% were as a result of the patient being deemed unfit to proceed with surgery. This correlates with our data for the previous two years where a lack of bed availability resulted in 30.1% and 39.5% of cancellations in 2014-15 and 2015-16 respectively. Of the 160 cancellations in general surgery and urology, 61% of operations were rescheduled with an average delay to surgery of 24 days. The remainder of operations were cancelled.

Conclusions

Bed shortages appear to be having an increasingly significant impact on cancellations in elective surgery over time. Previous evaluations of other UK hospitals of similar size have found much lower values for cancellations due to bed availability (approximately 21%).

LONG-TERM RESULTS OF D3 LYMPHADENECTOMY IN THE PATIENTS OVER THE AGE OF 80 WITH STAGE II AND III COLON CANCER

Jae Kyun Ju (Chonnam National University - Gwangju)

Background

Radical lymph node dissection and adjuvant chemotherapy in elderly patients have been difficult to determine because of underrepresented clinical trials. However, the median age of diagnosis of colon cancer is 71, and the number of old patients presenting for care of colon cancer is expected to rise. The aim of this study was to analyze the short- and long-term outcomes in older patients treated with adjuvant chemotherapy following colonic resection.

Methods

Between May 2004 and December 2014, all patients were treated for stage II and III colon cancer. The operations were performed as either open or a laparoscopic resection, and D3 lymph node dissection. D3 dissection was defined as excision of paracolic, intermediate, and principal lymph nodes. This is a retrospective study of prospectively collected data in a tertiary teaching hospital.

Results

A total of 176 patients were included. Mean age was 83 years old, of whom sigmoid colon cancer took 25.5%, and ascending colon was 31%. Laparoscopic resection had 135(76.7%) cases. Mean retrieved lymph node was 31.2. The overall morbidity rate was 4% (7/176), and there was no postoperative mortality. Forty-one (23.3%) patients had chemotherapy. With a mean 30.7 months of follow-up, recurrence free, overall, and cancer-specific survival at 5-years between chemotherapy and no-chemotherapy group were not statistically different.

Conclusions

In elderly patients over the age of 80, our results suggest that stage II and III colon cancer has no survival benefit from chemotherapy. Well-designed clinical trials will be required for the management for elderly colon cancer patients.

ONCOLOGIC OUTCOMES OF STAGE II AND III TRANSVERSE COLON CANCERS: A COMPARATIVE STUDY OF RADICAL D3 LYMPHADENECTOMY BETWEEN LAPAROSCOPIC AND OPEN APPROACH

Han Deok Kwak (Chonnam National University - Gwangju)

Purpose

The type of surgery or surgical approach for transverse colon cancer treatment largely depends on tumor location or surgeon preference. However, extensive lymphadenectomy appears to improve the long-term outcomes of locally advanced colon cancers. This study was designed to compare the short- and long-term outcomes after surgery via laparoscopic or open approaches with radical D3 lymph node dissection in patients with stage II and III transverse colon cancer.

Methods

Patients were treated for stage II and III transverse colon cancer between May 2006 and December 2014. This retrospective study evaluated data collected prospectively at a tertiary teaching hospital. Radical D3 lymphadenectomy included the principal middle colic artery nodes.

Results

The study included 144 patients among whom 118 (81.9%) underwent laparoscopic surgery. Significantly more patients in the laparoscopic group underwent extended right hemicolectomy compared with the open group (90.7% vs. 65.4%, $p=0.005$). The operative time was longer in the laparoscopic group (151.3 vs. 131.2 min, $p=0.021$), and the open group had a greater estimated blood loss volume (160.8 vs. 289.3 ml, $p=0.011$). Although the groups differed in terms of tumor size (5.8 vs 7.9 cm, $p=0.007$), other pathological outcomes did not differ. The groups did not differ regarding postoperative parameters or disease-free, overall, and cancer-specific survivals.

Conclusions

Despite differences in surgical methods and related factors, no long-term differences in outcomes were observed between laparoscopic and open approaches to radical D3 lymphadenectomy in patients with stage II and III transverse colon cancer.

SURGICAL APPROACH FOR THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS

Dilyan Chaushev (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Plamen Chernopolsky (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Vasil Bozhkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Ilko Plachkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Yanko Stefanov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Rossen Madjov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Background

The frequency of acute cholecystitis in patients up to 60 years is about 6%, while in patients over 60 years is up to 21%. Overall, 5-10% of all cases are due to acalculous cholecystitis.

Aim

Perform a retrospective analysis over a ten year period (2006-2016) of 495 patients over the age of 60 with acute cholecystitis treated at the Second department of Surgery.

Results

Complications were recorded in 332 patients of all hospitalized patients with acute cholecystitis over the age of 60. There were no typical clinical symptoms in most patients. Prevalent complaints were generally vague, with single right-sided abdominal pressure, and nausea accompanied by a prior history of cholelithiasis. The atypical clinical manifestations commonly occur with a rapid progression to complicated forms of acute cholecystitis such as hydrops, empyema, gangrene, perivesical and/or subhepatic abscess, cholangitis, or perforation. Over 90% of these patients suffer from concomitant diseases (cardiovascular, respiratory, neurological, diabetes, etc.) and these patients have a high risk of developing often lethal complications due to acute cholecystitis as shown by a high frequency of mortality – 3-4% develop biliary sepsis.

Conclusion

The gold standard in the treatment of acute cholecystitis is laparoscopic cholecystectomy however this is not done routinely everywhere, due to a lack of consensus regarding timing and surgical approach. Due to the significant prevalence of acute cholecystitis complications, and alongside other comorbidities present in elderly patients, treatment requires open cholecystectomy in earlier periods.

ACUTE ABDOMINAL PAIN IN ELDERLY PATIENTS

Yanko Stefanov (Second department of Surgery University Hospital "St. Marina" Medical university - Varna)

Vasil Bozhkov (Second department of Surgery University Hospital "St. Marina" Medical university - Varna)

Plamen Chernopolsky (Second department of Surgery University Hospital "St. Marina" Medical university - Varna)

Dilyan Chaushev (Second department of Surgery University Hospital "St. Marina" Medical university - Varna)

Ilko Plachkov (Second department of Surgery University Hospital "St. Marina" Medical university - Varna)

Rossen Madjov (Second department of Surgery University Hospital "St. Marina" Medical university - Varna)

Background

Elderly patients represent an increasing proportion of the world's population. The frequency of emergency medical interventions also increase with age. The UN criteria defines elderly as people aged 60+ years. Majority of developed countries however define people over 65 years to be considered "adults". In the recent years Bulgaria ranks at second place in Europe and fourth in the world on obsolescence of the population. Abdominal pain is the most common chief complaint which prompts elderly patients to visit emergency departments. Including all demographics, abdominal pain is the fourth most common chief complaint overall.

Aim

To define and share our experience of the most frequent diseases manifesting with acute abdominal pain in elderly patients in a ten year period (2006-2016) in Second department of surgery.

Material and methods

For the period ranging from 2006 to 2016 there were 734 hospitalized patients with symptoms of acute abdominal pain in the Second department of Surgery of St. Marina University Hospital. The most frequent abdominal pathologies were: acute cholecystitis – 332, acute pancreatitis 120 ileus – 53, perforation of upper GIT – 52, acute appendicitis – 51, perforation of lower GIT – 49, mesenteric ischemia - 45, etc. The imaging modalities applied were abdominal X-ray, ultrasound, contrast enhanced CT and MRI.

Conclusion

Elderly patients presenting with acute abdominal pain are challenging for doctors in all specialties. The exact diagnosis is often trivial. Therefore the treatment of these patients requires a multidisciplinary approach combining specialists in internal diseases, surgeons and radiologists. The management of the elderly patients with acute abdominal pain should be focused on maintaining vitals through adequate hydration and intensive care. The mortality rate in this group of patients is high and often requires surgical treatment.

BOWEL FISTULAS

Plamen Chernopolsky (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Vasil Bozhkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Ilko Plachkov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Dilyan Chaushev (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Rossen Madjov (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Vyara Draganova (Second department of Surgery, University hospital "St. Marina", Medical university - Varna)

Background

A fistula is an abnormal communication between two epithelialized surfaces. Bowel fistulas may present as communications between the bowel lumen and the skin of the abdomen wall, two portions of the intestine, or between the intestines and some other hollow organs.

Patients and Results

16 patients with bowel-cutaneous fistulas between January 2013 and April 2017 were admitted to the Department. The reasons for hospitalization were: bowel obstruction, abdominal pain, intestinal content draining from prior abdominal incisions, and abdominal wall infection. Diagnosis was based on the clinical presentation, performance status and imaging modalities (ultrasonography, CT and MRI). All patients had previous GI surgery. Surgical treatment was performed in all patients and included bowel resection, followed by side-to-side or end-to-end anastomosis, stoma construction and in some cases abdominal wall reconstruction with prosthesis.

Conclusion

Despite significant advances in bowel fistula management in the last decades, they still remain a major clinical challenge with a mortality rate of 15-25%. Surgical treatment is necessary in 35-80% of patients to achieve closure.

THE DYNAMICS OF INDICES OF LIVER FUNCTIONAL STATE AFTER ELECTROSURGICAL TREATMENT OF LIVER HEMANGIOMAS

Viktoriia Petrushenko (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Dmytro Grebeniuk (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Andrii Oshovskyi (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Serhii Stukan (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Vadym Stoika (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Iaroslav Radoga (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Anastasiia Pankiv (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Background

Maximum preservation of functioning parenchyma is one of the most important areas in the surgery of liver hemangiomas.

Aim

To investigate the indices of liver functional state in patients who underwent operative treatment.

Materials and Methods

Laparoscopic surgeries using argon plasma coagulation (APC) were performed in 25, and using monopolar cautery (MPC) – in 21 patients. In the pre- and postoperative periods we assessed levels of total, conjugated and unconjugated bilirubin, AST, ALT.

Results

The development of hemangiomas was accompanied by evident disorders on the part of the studied indices of liver parenchyma functional state. In patients we noted total bilirubin increase by 3.7 times compared with the general healthy population ($p<0.05$). The content of conjugated and unconjugated bilirubin increased respectively by 4.1 and 3.4 times ($p<0.05$). Under these conditions we also recorded increased activity of aminotransferases – by 3.3 (AST) and 4.6 (ALT) times ($p<0.05$).

In the study group on the 5th day post-surgery we recorded significant reduction in total bilirubin by 3.0 times compared with levels before treatment ($p<0.05$). Moreover, there was a reduction of both conjugated and unconjugated bilirubin by 3.0 times ($p<0.05$).

The content of conjugated bilirubin was lower by 2.6 times than in the group where COS was performed ($p<0.05$). AST and ALT activity decreased in comparison to levels before treatment respectively by 2.1 and 2.7 times ($p<0.05$). Besides, ALT activity was 76.0% lower than in the group where the conventional complex treatment was performed ($p<0.05$). In the group with APC, all studied indices did not differ from those in the group of apparently healthy people ($p>0.05$).

Conclusions

The obtained results show that under the conditions of using APC, we can see significant normalization of indices of liver parenchyma functional state in patients in which hepatic impairment was observed in the preoperative period.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LOWER EXTREMITIES VARICOSE VEINS DISEASE C2-3 AFTER ENDOVENOUS INTERVENTIONS

Viktoriia Petrushenko (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Oleh Skupyi (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Dmytro Grebeniuk (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Aleksandru Tatarin (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Yaroslav Khrebtii (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Oleksandr Stolyarchuk (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Anesthesiology and Reanimation - Vinnytsia)

Background

Development of new medical technologies led to elaboration and implementation of endovenous mini-traumatic methods treating varicose disease of lower extremity veins (VDLEV) into clinical practice. The methods are radiofrequency ablation (RFA) and endovenous laser obliteration (EVLO).

Aims

To estimate the quality of life in patients with VDLEV C2-3 after treatment with RFA and EVLO methods.

Materials & Methods

159 patients were enrolled in the study in accordance to purpose and tasks. From the total quantity of patients RFA was performed to 126 patients and EVLO was performed in 33 patients. The total cohort of patients was subdivided into 2 groups: I – patients with RFA, and II – patients with EVLO. The estimation of quality of life was made using disease-specific questionnaire CIVIQ-2.

Results

The comparable groups were homogeneous regarding gender and age. It was mentioned before conduction of statistical analysis.

During quality of life analysis: pain, physical, psychological and social factors were taken into consideration.

During the estimation of “pain factor”, there was a statistically significant difference between the groups after different methods of treatment in favor of RFA ($p < 0.05$).

The values of physical, psychological and social factors point to the advantages of RFA. However, these results were not statistically significant ($p > 0.05$).

The same tendency was observed during the analysis of questionnaire total score. The value of life quality was 38.51 ± 13.06 for RFA group and the same parameter was 35.67 ± 10.59 for the group that underwent to endovascular obliteration ($p > 0.05$).

Conclusions

In patients with VDLEV C2-3, the level of quality of life was higher in the group with RFA in comparison to group with EVLO. This difference is connected with absence of pain syndrome and good esthetic effect ($p < 0.05$).

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OLECRANON FRACTURES BY INTERLOCKING TECHNIQUE

Petro Zhuk (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Traumatology and Orthopedics - Vinnytsia)

Eugen Filonenko (Vinnytsia Regional Clinical Hospital n.a. M.I. Pirogov, Department of Traumatology - Vinnytsia)

Dmytro Grebeniuk (Vinnytsia National Medical University n.a. M.I. Pirogov, Chair of Endoscopic and Cardiovascular Surgery - Vinnytsia)

Background

Olecranon fractures account for about 10% of elbow fractures, and occur with a frequency of 1.08 cases among 10,000 people per year. According to our observations, and the reports of other researchers, up to 95% of osteosyntheses are performed incorrectly, which leads to complications and repeat surgery.

The aim of this study was to improve the results of the treatment of patients with olecranon fractures by the development of and introduction into clinical practice of the intramedullary blocking screw.

Material and methods

Fixator and navigation systems for intramedullary interlocking fixation of the olecranon (patent number 73928 Ukraine) has been developed. The system consists of a cannulated screw with a 6.5 mm diameter, and a 32 mm length screw-thread. At the distal part of the screw, there is perpendicular hole with the diameter of 2 mm for the blocking screw with 1.8 mm of diameter. For the blocking the system, a navigation device exists, with the ability of individual calibration.

Interlocking screw technique was introduced into clinical practice in patients with fractures of the proximal forearm Type 21A1, 21A3, 21B1, 21B3, 21C1 and distal shoulder fractures type 13B1, 13C2, 13C1, 13C2, 13C3 by AO / ASIF after olecranon osteotomy approach. According to the type of a surgery, the patients were divided into two groups: control group (n=35) with tension band wiring and the study group (n=34) with interlocking screw fixation. The patient's condition and dynamics of limb function recovery was determined by the Mayo score. The evaluation was performed after 5 days, 1, 2 and 6 months after surgery.

Results

Patients quickly restore the range of motion, strength and functionality of the limb, and the loss of functional ability of injured limbs is less after interlocking screw fixation.

The analysis of the data on a Mayo score showed that the difference of the dynamics of elbow function recovery was statistically significant between the studied types of fixation at all periods of control monitoring. It was proven that the dynamics of functional joint recovery is significantly different between the two groups ($p < 0.001$). In the study group, after interlocking screw fixation, the elbow joint function restoration happened faster and the total number of points was higher than in the control group.

Conclusion

Our clinical study shows better treatment results of olecranon fractures and osteotomies after interlocking screw fixation.

SURGICAL EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF NON-PARASITIC SPLENIC CYSTS

Igor Yevstakhevykh (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Fedir Indenko (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Maksm Semerak (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Yuriy Yevstakhevykh (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Oleg Knysh (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Andriy Lavryk (5th L'viv City Clinical Hospital - L'viv)

Ivan Bardah (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Volodymyr Loginsky (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine - L'viv)

Introduction

Non-parasitic splenic cysts (NPSC) can be congenital as well as posttraumatic. They often get complicated by suppuration with perforation, bleeding, regional portal hypertension, and hyposplenism. To avoid these complications surgical intervention is needed with the aim to optimize organ preservation.

Aim

To improve surgical treatment of NPSC.

Materials and methods

Organ preserving surgical interventions on the spleen were performed in 42 patients with NPSC (20 females and 22 males).

Results

Cyst suppuration was revealed in 2 patients, and in one of them the purulent process was accompanied by chronic intravascular blood coagulation syndrome. 16 patients were operated using open access. Spleen resections were performed, including cases with purulent cysts; cyst fenestration was performed in 5 patients, cyst enucleation – in one patient. Laparoscopic cyst fenestration was performed in 26 patients. While performing open access surgery only one patient had a rescue splenectomy performed via autotransplantation of splenic tissue according to Roth. Main stages of surgical intervention were as follows: puncture and opening of cyst with content evacuation (between 200

and 2200 ml of fluid); spleen mobilization, assessment of abundance of undamaged splenic tissue, vessel branch ligation up to the part of the spleen planned for resection, splenic resection, and residual part fixation. Cyst suppuration was not considered a contraindication for resection. Upon performing cyst fenestration the vessels were not ligated with the remaining healthy tissue comprising 50-95%. Upon resection it was possible to preserve only 10% to 35% of the organ. We consider laparoscopic fenestration of cyst using the method of forming a “peritoneal window” that is sufficient for full cyst cavity drainage as the surgical intervention of choice in uncomplicated NPSC. Post-surgical complications (acute pancreatitis, acute cerebrovascular failure) developed in 2 patients, operated by open surgery method, who had spleen resection. Conservative treatment of these patients was successful. Two patients experienced relapse of cysts formation 0.6-1 year after laparoscopic fenestration of splenic cysts, which led to repeated open surgery. No lethal cases as a result of these surgeries were registered.

Conclusions

Fenestration is an up-to-date surgical method of NPSC treatment because it is a relatively simple organ preserving surgical intervention.

SPLENECTOMY OUTCOMES IN NON-HODGKIN LYMPHOMAS

Yuriy Yevstakhevych (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Igor Yevstakhevych (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Maksm Semerak (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Oleg Knysh (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine, Department of General and Hematological Surgery - L'viv)

Andriy Lavryk (5th L'viv City Hospital - L'viv)

Yaroslava Vygovska (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine - L'viv)

Halyna Lebed (L'viv National Medical University - L'viv)

Volodymyr Loginsky (Institute of Blood Pathology and Transfusion Medicine - L'viv)

Background

Spleen damage in non-Hodgkin lymphomas (NHL) causes massive splenomegaly with abdominal discomfort, autoimmune cytopenia, portal hypertension and hypersplenic symptoms, which brings up the issue of splenectomy (SE) advisability.

Aims

To analyze the effectiveness of splenectomy in NHL.

Materials & Methods

Splenectomy was performed in 111 patients with NHL in the years 1986-2016. Of these: 44 patients had diffuse large B-Cell lymphoma (DLBCL), 34 patients had splenic marginal zone lymphoma (SMZL), 7 – splenic lymphoma with villous lymphocytes (SLVL), 5 – mantle cell lymphoma (MCL), 4 – follicular lymphoma (FL), 13 – B-Cell NHL, not otherwise specified (BCNHL, NOS) (Working Formulation), 2 – hepatosplenic T-Cell lymphoma (HSTCL), and 2 – T-Cell NHL, NOS.

Results

Following SE, compression syndrome was eliminated in all patients, hemolysis stopped in all associated immune cytopenias, platelet number normalized, decreased manifestations of regional portal hypertension, the need in chemotherapy vanished, or chemotherapy susceptibility improved, and in certain patients the diagnosis was either clarified or the final diagnosis was made. Post-surgery complications were registered in 21.6% of patients. Immediately after surgery 6 patients (5.4%) died (acute adrenal failure – 2, pulmonary artery thromboembolism – 1, multiple organ failure – 3 patients). Retrospective analysis determined that 5-year survival rate in DLBCL was 39%, in SMZL – 61.4%, in SLVL – 42.8%, in MCL – 54.2%, in FL – 25%, in B-Cell NHL, NOS – 78%, in HSTCL – 0%, in T-cell NHL – 0%.

Conclusions

Splenectomy remains an important diagnostic and treatment method in B-Cell NHL with massive splenomegaly. Large spleen amid cytopenia, regional portal hypertension, and perisplenitis is considered to be a high surgical risk factor. In T-Cell lymphomas splenectomy is ineffective.

“WATCH AND WAIT” FOR RECTAL CANCER AFTER NEOADJUVANT THERAPY: OUTCOMES OF THE INITIAL 7 CASES FROM A PORTUGUESE HOSPITAL CENTER

Marina Morais (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Diana Gonçalves (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Teresa Andrade (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Elisabete Barbosa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Alexandre Duarte (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Cristina Sarmiento (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Margarida Reis (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
Pedro Correia-Silva (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)
J. Costa-Maia (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Background

Currently, there is an increasing interest for a “watch and wait” approach in patients with clinical complete response (cCR) to neoadjuvant chemoradiotherapy, which could potentially avoid the morbidity associated with rectal cancer surgery. Although the oncological safety of the “watch and wait” approach has been increasingly confirmed, this approach is still not the state of art for many centers.

Aims

Assess oncological outcomes of patients proposed to “watch and wait” approach in one institution.

Methods

Since 2012 through December 2015, 97 patients with stage II/III rectal cancer proposed to neoadjuvant chemotherapy, with oral capecitabine and 50Gy radiotherapy, were recorded retrospectively. A “watch and wait” protocol was offered to patients with cCR, assessed by MRI or endoscopic ultrasound. In brief the patients were candidates for abdomino-perineal amputation. Follow-up included digital rectal examination, tumor markers, endoscopy and MRIs every three months during the first year and every six months thereafter.

Results

Seven patients were identified, 4 males and 3 females, with a median age of 55 years old (range 39 to 76). After neoadjuvant chemoradiotherapy, the patients had a mean follow-up of 19 months (range 5 to 31). By the end of follow-up, one patient died of acute heart failure and all the other patients were alive, with no signs of local or systemic recurrence.

Conclusions

“Watch and wait” approach appears oncologically safe for selected rectal cancer patients with cCR, fulfilling strict selection criteria and frequent follow-up. Although in literature, a wide range of recurrence rate has been reported (3-83%), mostly developing from 17 months to 5 years of follow-up, the outcomes of these initial cases are encouraging.

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF PREDICTIVE SCORE FOR DEVELOPMENT OF SEVERE CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH VARICOSE VEINS

Evghenii Gutu (University of Medicine and Pharmacy - Chisinau)
Dumitru Casian (University of Medicine and Pharmacy - Chisinau)
Vasile Culiuc (University of Medicine and Pharmacy - Chisinau)

Introduction

Although the natural evolution of varicose veins is usually benign a small subset of patients can progress to severe chronic venous insufficiency (CVI). Identification of patients at risk will contribute to the optimization of curative strategy. The purpose of our study was to determine the independent factors associated with the development of severe CVI and to construct a predictive score.

Materials and Methods

The retrospective analysis of prospectively maintained institutional database of patients with varicose veins operated during 2008-2014 was performed. Demographic, clinical data and results of duplex ultrasound and laboratory tests were retrieved for 1093 lower limbs: 755 class C2,3 and 338 class C4-6 of CEAP. The univariate analysis was performed initially and 9 factors with statistically significant difference between groups were included in multiple logistic regression. Predictive score was constructed and further validated on holdout sample of 280 lower limbs. Coordinates of ROC curves was used for determination of predictive cut-off value of constructed score.

Results

Multiple logistic regression determined 5 independent risk factors significantly associated with development of severe CVI in limbs with varicose veins. For score construction, the coefficients of regression (B) obtained for each factor were multiplied by 10, providing the following results: obesity – 13 points, significant comorbidities (included in calculation of Charlson index of comorbidity) – 8 points, hyperfibrinogenemia – 12 points, groin-to-ankle saphenous reflux – 17 points, absence of refluxing tributaries of the great saphenous vein above the knee – 11 points. Validation of the score in the holdout sample demonstrated good prognostic characteristics of the created model: area under curve ROC – 0.889 (95% CI 0.848 – 0.929), asymptotic significance $p < 0.0001$. The cut-off value of 20 points provides score sensibility of 90.8% and specificity of 64.8%.

Conclusions

There are several demographic, clinical, laboratory and hemodynamic factors associated with risk of progression of limbs with varicose veins from clinical class C2,3 to class C4-6. Constructed predictive score can be used for determination of patients who will benefit more from interventional ablation of venous reflux and for prioritization of treatment.

1442

TOTALLY EXTRAPERITONEAL HERNIA REPAIR – OUR EXPERIENCE

Łomnicki Jakub (Zeromski City Hospital - Krakow)

Agnieszka Leszko (Zeromski City Hospital - Krakow)

Daria Kuliś (Zeromski City Hospital - Krakow)

Introduction

Inguinal hernia repair is one of the most common elective procedure in general surgery departments. According to recent data, open surgery is associated with a higher risk of surgical site infection (SSI), prolonged pain and extended time to resume full activity compared to endoscopic procedures. Generally, there are two methods of endoscopic inguinal hernia repair – totally extraperitoneal (TEP) and transabdominal preperitoneal (TAPP) repair.

Aims

The aim of this study is to analyse results of TEP performed for unilateral inguinal hernia.

Materials and methods

In 2014-2016, 396 male patients underwent unilateral TEP inguinal hernia repair. Lightweight polypropylene anatomically shaped mesh was used. The average patient age was 53,2years and varied between 20 and 76years, mean BMI was 24,6. The following parameters were subjected for analysis: procedure time, frequency of complications, length of hospital stay and pain estimated 2 weeks after procedure.

Results

Average operative time was 49 minutes and differed depending on side of the hernia. Surgery of the right side took 3 minutes longer. 3,7% of patients developed subcutaneous emphysema that required a prolonged hospital stay. 1,8% patients has SSI. Scrotal hematoma was noted in 0,6% cases, seroma in 4,1% on 14th postop day. Mean hospital stay was 2,4 days (operation was performed one day after admission). 2 weeks after surgery 3,1% patients complained of persistent pain.

Conclusions

Totally extraperitoneal inguinal hernia repair is a safe method burdened with a low risk of complications. Operative time is short and patients are pain free shortly after surgery. These positive aspects allow for this method to be widely performed.

FATTY ACID BINDING PROTEIN AS A BIOMARKER OF MALIGNANT OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Sezgin Zeren (Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Dumlupınar University - Kutahya)

Zülfü Bayhan (Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Dumlupınar University - Kutahya)

Bercis İmge Uçar (Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Dumlupınar University - Kutahya)

Fatma Emel Koçak (Department of Clinical Biochemistry, Faculty of Medicine, Dumlupınar University - Kutahya)

Özben Özden Işıklar (Department of Clinical Biochemistry, Evliya Çelebi Education and Research Hospital - Kutahya)

Akile Zengin (Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Dumlupınar University - Kutahya)

Şükrü Aydın Düzgün (Department of General Surgery, Özel JIMER Hospital - Bursa)

Mustafa Cem Algin (Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Dumlupınar University - Kutahya)

Faik Yaylak (Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Dumlupınar University - Kutahya)

INTRODUCTION

Fatty acid binding proteins (FABPs) are small cytoplasmic proteins which protect cells against the cytotoxic effects of fatty acids by preventing high intracellular fatty acid concentrations making it a good marker of tissue damage. Two isoforms of FABPs, intestinal fatty acid binding protein (I-FABP) and liver-type fatty acid-binding protein (L-FABP) have been identified as a valuable marker of intestinal ischemia, pancreatitis and abdominal trauma. However, the role of FABP as a marker in obstructive jaundice is not clear yet. The present study was designed to investigate the role and significance of I-FABP and L-FABP as a non-invasive and rapid diagnostic marker in patients with benign and malignant obstructive jaundice.

MATERIALS AND METHODS

This prospective study was carried out in Dumlupınar University, Evliya Celebi Research and Education Hospital, Turkey between October 2014 and June 2015. 64 patients diagnosed with obstructive jaundice were included in the study. Complete blood counts, plasma L-FABP and I-FABP, serum total and direct bilirubin concentrations, serum AST, ALT, ALP, GGT activities, were measured. Statistical analysis was performed using GraphPad Prism version 6.05.

RESULTS

Group I (benign diseases) consisted of 34 and group II (malignant diseases) consisted of 30 subjects. HCT and hemoglobin levels were significantly lower in group II compared to group I. WBC counts were significantly higher in group II relative to group I. Serum AST, ALT, GGT, and ALP activities; plasma L-FABP and I-FABP levels were significantly higher in group II compared to group I. Plasma L-FABP and I-FABP levels significantly and positively correlated with serum ALT, total bilirubin, direct bilirubin, GGT, and ALP levels in patients with benign diseases of the gall bladder.

CONCLUSION

Results showed that plasma L-FABP and I-FABP levels can be used as new biomarkers to distinguish malignant from benign causes of biliary obstruction. Interpretation of correlation between WBC, hematocrit, haemoglobin, total and direct bilirubin levels, AST, ALT, GGT, and ALP activities with L- and I-FABP levels may increase the precision of diagnosis in malignant obstructive jaundice. Further studies with wider series are needed in order to investigate the diagnostic value of plasma I-FABP and L-FABP levels in patients with obstructive jaundice.

GASTRIC ISCHEMIA, A RARE ENTITY

Diana Gonçalves (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Marina Morais (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Elisabete Barbosa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

John Preto (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Eduardo Lima da Costa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Silvestre Carneiro (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

José Barbosa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

J. Costa-Maia (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Background

Acute ischemic necrosis of the stomach is a rare disease due to the stomach's abundant vascular supply, with only a few cases reported in literature. The main causes include vascular thromboembolism, gastric volvulus, small bowel obstruction with gastric distension, toxicosis and bulimia nervosa. This entity still carries a poor prognosis after surgical treatment.

Methods

Retrospective analysis of clinical features and outcomes of patients submitted to total gastrectomy for gastric ischemia or necrosis, in our Institution, from January 2010 through May 2017, in the emergency room.

Results

We report 12 cases of gastric necrosis, 5 males and 7 females, with a median age of 65 years (range of 39 to 91). From these, the main causes of gastric ischemia were caustic ingestion, vascular thromboembolism and late complications from other procedures (Nissen fundoplication and gastric banding). A 91-year-old patient presented with a gastric volvulus.

Total gastrectomy with feeding jejunostomy and esophageal diversion was performed in all patients. The majority (75%) of patients were under vasopressor support and were transferred to the Intensive Care Unit after intervention. Mortality was registered in 25% of our patients.

Conclusion

Gastric necrosis is a rare disease and easily misdiagnosed, due to its unspecific clinical manifestations. Therefore, diagnosis of this entity requires a high index of suspicion, especially in patients with a history of caustic ingestion, thromboembolism risk factors and previous gastric surgery. Total gastrectomy is the procedure of choice, and should be performed as early as possible, to lessen mortality.

THE LEARNING OF NODES AND SUTURES IN THE SKIN AND INTESTINE IN SIMULATION: OUR EXPERIENCE

Simone Castiglioni (University G. D'Annunzio - Chieti - Chieti)

Valentina Malerba (University G. D'Annunzio - Chieti - Chieti)

Selene Rossi (University G. D'Annunzio - Chieti - Chieti)

Paolo Raimondi (University G. D'Annunzio - Chieti - Chieti)

Paolo Innocenti (University G. D'Annunzio - Chieti - Chieti)

Roberto Cotellesse (University G. D'Annunzio - Chieti - Chieti)

There are numerous reasons why simulations are needed in the learning of surgery: to make work experience uniform, to practice without risks to the patient, to reduce errors, to learn technical skills and to certify the acquired skills. The simulation has become a fundamental component of the didactics of medical and specializations schools. On the basis of other international experiences, the idea of developing a training program was born to allow young residents to become familiar with this new reality.

The General Surgery School of "Gabriele D'Annunzio" University of Chieti has set up its simulation program on the BSS (Basic Surgical Skills) and subsequently intestinal suture, aimed at acquiring specific skills through tasks with increasing complexities. We set our program on an initial theoretical lesson to know the different types of suture wires and suture techniques. Afterward the residents practice in the lab under tutor supervision. Tutors point out to students where they were wrong, teaching them the most accurate techniques in order to decrease their time, create suture points of better quality and a well-knotted knot. Then we evaluated the skills acquired with a simulation that involved closing a wound with three simple suture points detached using the surgical knots. The simulator is able to evaluate:

time, force on the tissue, suture tension, stitches spacing, equidistance, wound dehiscence. For the residents of the later years, we started a simulation intestinal suture course, which involves the execution of side-lateral, lateral-terminal and end-terminus anastomosis.

The residents, following a charted scheme, first performed a test session to learn about techniques. In the subsequent tests, account was taken of the previous parameters. In the tests we conducted, we noticed a progressive reducing improvement of the scores for each one of the parameters, and in general an increase of total score. The averages of the three years, from the point zero of 56/100 of I year, 63/100 of II year and 67.75 of III years, became 74.66 for the I year, 74.5 for the II year and 74.33 for the III year, with a percentage increase of 19.88, 16.90, 10.72 per year.

According to the literature, our experience demonstrates the validity of simulation session for both the BSS program and intestinal sutures in the growth of manual management and results. Finally, we have been able to see a renewed interest from residents for simulation exercises.

IRON DEFICIENCY ANAEMIA – ARE D2 BIOPSIES ALWAYS REQUIRED? A COHORT STUDY

Sieuming Ng (Wrexham Maelor Hospital - Wrexham)

Jamie Hind (Wrexham Maelor Hospital - Wrexham)

Palanichamy Chandran (Wrexham Maelor Hospital - Wrexham)

Background

Iron deficiency anaemia (IDA) is one of the most common referrals to the Upper GI team. The prevalence of IDA in adult men and post-menopausal women is up to 5% in the developed world. Main causes are occult GI blood loss and malabsorption. The aim of this study is to assess if D2 biopsies are required for all IDA as part of screening for coeliac disease.

Methods

A search using keyword “anaemia” was performed against Unisoft Medical System to identify patients referred for OGD due to IDA between October 2014 and September 2016. WHO definition of haemoglobin <13g/dl in men and <12g/dl in non-pregnant women >15 years and local laboratory mean cell volume (MCV) of <80fL and/or ferritin below <15microgram/L was used. Patient demographics, blood results, coeliac serology and biopsy results from OGD and relevant colonoscopy were collected from Welsh Clinical Portal (WCP). Primary outcome measures are positive tTG and D2 biopsy results. Statistical analysis was then performed.

Results

383 patients were included, 161 females and 222 males. A total of 378 patients (98.7%) had ferritin level, 256 patients (66.8%) had coeliac serology (tissue transglutaminase antibody – tTG), 235 patients (61.4%) had D2 biopsies and 88 (23.0%) patients had colonic biopsies. 251 patients (65.5%) patients had normal D2 biopsies of which 169 (67.3%) had tTG levels checked. Coeliac disease was diagnosed in 6 positive D2 biopsies of which 5 had raised tTG levels. The remaining patient did not have tTG level checked. 1 patient with normal tTG level was found to have positive D2 biopsy for gluten enteropathy and 1 patient with an isolated raised tTG with normal IgA assay had normal biopsy. [$\chi^2 = 176.7698$; $p < 0.0001$]. 2 oesophageal cancers, 3 gastric cancers and 17 colonic cancers were diagnosed from microcytic anaemia; 5.7%. The cost of processing D2 biopsies per patient is estimated to be a minimum of £60 making a total potential cost saving of £15,060 per annum.

Conclusion

All patients with IDA should have tTG level checked to rule out nutritional cause before OGD. A positive tTG is highly suggestive of coeliac disease and patients should have tissue biopsy to confirm diagnosis. However while a negative tTG level rules out coeliac disease in approximately 97% of cases, patients with microcytic anaemia with other associated gastrointestinal symptoms such as flatulence, weight loss and diarrhoea warrants a tissue biopsy to exclude nutritional, infective and malignant causes.

EVALUATION OF CORRELATION AND PREDICTIVE VALUE OF PATHOLOGIST'S REPORT AND INTRAOPERATIVE CLINICAL DIAGNOSIS IN LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

Maciej Matyja (2nd Department of Surgery Jagiellonian University - Cracow)
Piotr Major (2nd Department of Surgery Jagiellonian University - Cracow)
Michał Pędziwiatr (2nd Department of Surgery Jagiellonian University - Cracow)
Marcin Strzałka (2nd Department of Surgery Jagiellonian University - Cracow)
Artur Kacprzyk (Jagiellonian University - Cracow)
Jakub Droś (Jagiellonian University - Cracow)
Marek Winiarski (2nd Department of Surgery Jagiellonian University - Cracow)
Andrzej Budzyński (2nd Department of Surgery Jagiellonian University - Cracow)

Introduction

Nowadays laparoscopy is used frequently not only in elective surgery but also in abdominal emergencies, including acute appendicitis. Postoperative management is determined by surgical intraoperative assessment and histopathological diagnosis. However, these two reports may not always be corresponding.

Aims

The purpose of the study was to investigate the correlation between a surgeon's intraoperative description of the appendix and histopathologic diagnosis as well as their predictive values of postoperative clinical course.

Materials and Methods

The retrospective single-center study consisted of patients with histologically confirmed appendicitis who underwent laparoscopic appendectomy between January 2012 and December 2016. The severity of appendicitis was classified as uncomplicated (group A) and complicated (group B). The surgeon's assessment (SA) was compared with the histopathological report (HR) using the kappa coefficient. Postoperative clinical course was analyzed in relation to appendix classification in terms of postoperative complications, reoperations, length of hospital stay (LOS) and mortalities.

Results

Study group included 378 patients. Appendicitis was qualified as complicated in 31,22% and 37,04% of cases according to SA and HR, respectively. Kappa coefficient comparing surgeon's and pathologist's description showed moderate level of agreement ($\kappa=0,472$). The analysis revealed statistically significant differences between group A and B in LOS ($p<0,001$ for SA, $p<0,001$ for HR) and postoperative complications rate ($p=0,025$ for SA, $p<0,001$ for HR). In 3 cases (0,79%) a neuroendocrine tumor (NET) was found in the histological specimen.

Conclusions

Despite moderate correlation, both methods of appendicitis classification are useful in terms of predicting postoperative outcomes of laparoscopic appendectomy. Clinical significance of histological assessment may be greater due to possibility of detecting malignant lesions.

ACUTE ABDOMEN AS A CLINICAL PRESENTATION OF OMENTAL LYMPHANGIOMA

Jose Torres Villachica (Universitario Hospital of La Paz - Madrid)
Fernando Tone Villanueva (University Hospital of La Paz - Madrid)
Isabel Prieto Nieto (University Hospital of La Paz - Madrid)
Jose Marijuan Martin (University Hospital of La Paz - Madrid)
Joaquin Díaz Domínguez (University Hospital of La Paz - Madrid)

BACKGROUND

Mesenteric and omental lymphangiomas are asymptomatic benign lesions and most of them are congenital and occurring in infancy (45%). Rarely, these lesions may occur in adults and cause acute abdomen with complications such as secondary infection, rupture with hemorrhage, volvulus or intestinal obstruction, in which delay of diagnosis and treatment can be fatal.

CLINICAL CASE

An 80-year-old patient comes to the emergency room with 3 days of sudden postprandial epigastric abdominal pain. Patient presents with leukocytosis of 14000 , an increased RCP up to 200, with an abdominal CT scan showing a tumor 9cm in diameter with multi-lobed cystic-necrotic lesions in contact with the inferior wall of greater gastric curvature. The tumor could be related to GIST of exophytic growth that is probably twisted, with no obvious signs of perforation. Patient was taken to the operating room and we revealed extensive omental infarction that adhered to almost all of the major gastric curvature. We decided to do an atypical partial gastrectomy of the greater curvature with omentectomy and the whole surgical specimen was sent to the pathology department. There they observed a lymphatic malformation (cystic lymphangioma) in the greater omentum with complete excision of the lesion (intact peritoneum) and moderate chronic atrophic antral gastritis, with intense activity, multifocal enteroplasmic metaplasia without dysplasia and presence of *Helicobacter Pylori*. The patient was discharged, without complications during the admission or at discharge.

CONCLUSION

Mesenteric and omentum cystic lymphangiomas are uncommon and curable benign lesions with timely surgical treatment with complete excision of the lesion as occurred in this case. In spite of being mostly asymptomatic and presenting mostly in children, we must suspect this pathology in palpable abdominal lesions of soft consistency, which are usually an incidental finding in imaging studies. The definitive diagnosis is always given by the pathological results and the high mortality it has when it presents as an acute abdomen (cyst twisting, compression, hemorrhage) in which case the only effective treatment is urgent laparotomy that may be curative.

THE USE OF LAPAROSCOPIC TECHNIQUE IN PATIENTS WITH ABDOMINAL COMBAT TRAUMA

Yuriy Yarynych (Military Medical Clinical Center of West Region - Lviv)
Alexander Syroid (Military Medical Clinical Center of West Region - Lviv)

BACKGROUND

Modern combat trauma (CT) of the abdominal cavity has a number of peculiarities. The great kinetic energy of the wounding projectile, transmitted to the body, can result to damage of internal organs even in non-penetrating abdominal wounds. Gunshot wounds are often multiple (mine-explosive trauma, shrapnel wounds) and sometimes in several anatomic regions. In addition, in the initial stages of medical evacuation surgeons are limited in terms and possibilities for diagnosis of abdominal organ damage. Under such conditions, it is sufficiently attractive to use laparoscopic technique in patients with CT of the abdomen. The aim of this study was to study the results of the use of the laparoscopic technique in patients with CT of abdomen.

PATIENTS AND METHODS

56 patients aged 20 to 45, with abdominal CT underwent laparoscopic procedures. Gunshot wounds in 48 (85.7%) cases were diagnosed: shrapnel wounds – in 31 (55.4%) and bullet wounds – in 17 (30.3%) patients. 40 (71.4%) patients had multiple wounds. The blunt abdominal trauma was revealed in 8 (14.3%).

RESULTS

Damage to internal organs requiring a conversion to an open operation was detected in 45 (80.4%) of the 56 patients who underwent laparoscopy. Instead, in 9 (19.6%) cases, laparoscopy was the single diagnostic and therapeutic measure. Isolated shrapnel injury of liver, accompanied by mild bleeding, was detected in 3 (5.4%) patients. The bleeding was stopped by wound suturing and electrocautery. Shrapnel wound of the right diaphragm dome (without damage of the parietal pleura) was diagnosed in 1 (1.8%) case. The diaphragm wound was sewn by interrupted sutures. The defect of the abdominal wall in the right subcostal region with violation of peritoneum and mild bleeding from the muscles in 1 (1.8%) patient was revealed and primary debridement of the wound was performed. During laparoscopic exploration of the abdominal cavity and parietal peritoneum in 4 (7.1%) patients, no damage was found. Laparoscopic operations were completed by drainage of the abdominal cavity.

CONCLUSION

From 56 patients with abdominal CT in which laparoscopic procedures were performed, in 9 (19.6%) cases laparotomy was avoided.

IDIOPATHIC COLONIC VARICES. A RARE CASE WITH LOWER GI BLEEDING DEBUT**Jose Torres Villachica** (University Hospital of La Paz - Madrid)**Juan Perez Robledo** (University Hospital of La Paz - Madrid)**Joaquin Díaz Domínguez** (University Hospital of La Paz - Madrid)**BACKGROUND**

Idiopathic colonic varices are rare pathologies (from 30 to 100) usually caused by portal hypertension however this relationship remains uncommon. Since these cases are very rare and the main clinical symptoms present as lower digestive bleeding, they may be sometimes lethal and we therefore believe it is important to describe this case and the therapeutic approach carried out.

CLINICAL CASE

An 18-year-old patient previously operated during childhood for a nasal turbinates disorder and a palatine fissure comes into the emergency room because of 2 days of rectal bleeding, mild abdominal pain, no fever or any other symptoms. Angio CT showed prominent venous vessels in the wall of the ascending colon and hepatic angle. It could not be completely ruled out that any of those images corresponded to active venous bleeding (non-arterial suspected). Therefore, the study was followed with gastroscopy but showed no relevant findings. Colonoscopy showed changes from the descending sigmoid colon to the ascending colon, presence of fresh blood with few clots and from the ascending colon to 35cm of anal margin a lot of venous serpentine vessels which formed some nodes in various places, and made it difficult to identify active

bleeding foci. The next day the patient had a new episode of active "jet" bleeding which was treated effectively with endoscopic sclerosis. Counselling with the Gastroenterology and Endoscopic department led to the decision to perform surgery as treatment for this patient because of the high risk of rebleeding. During surgery, varices were observed in the ascending and transverse colon with inflammatory adenopathies in the mesocolon as was previous seen during colonoscopy. Subtotal colectomy with sparing of the proximal sigmoid colon with a mechanical ileosigmoid anastomosis was performed. During the postoperative period, the patient presented with an episode of ileus from which he recovered and was discharged without new episodes of bleeding or complications. Pathology results showed variceal vessels affecting all the wall of the resected colon (mucosa, submucosa, muscular and serosa).

CONCLUSION

Colonic varices are extremely rare findings in the colon, usually detected by colonoscopy and typically caused by portal hypertension due to advanced liver disease. There are cases not associated with secondary disease (idiopathic), which implies a great challenge in properly diagnosing this pathology since its main form of clinical presentation is lower digestive tract bleeding.

1458

HEPATIC ADENOMA IN A MODY3 PATIENT WITH TURNER SYNDROME

Argyro Papadopoulou (Amalia Fleming Hospital - Athens)

Elina Anastasiou (Amalia Fleming Hospital - Athens)

Olia Tsimpoukidi (Amalia Fleming Hospital - Athens)

Panagoula Daikou (Amalia Fleming Hospital - Athens)

Alexandros Dounavis (Amalia Fleming Hospital - Athens)

A case of a 28 year old patient with Turner syndrome is presented. The patient underwent laparoscopic cholecystectomy with concomitant removal of a hepatic mass. The patient was diagnosed with diabetes mellitus few months ago and had used oral contraceptives for 4 months at the age of 10 just after menarche.

The pathology report described a hepatocellular neoplasm whose hepatocytes formed rosettes and laminae of two cells at maximum. Portal spaces were absent. The arterial branches were not accompanied by bile ducts. A small number of CK19 + and CK17 + cells were solitary or in small groups. There was no inflammation or sinusoidal expansion. The pathology report concluded that the mass was a hepatic adenoma, whose morphology declared HNF1A gene inactivation and estrogen uptake.

In conclusion, our patient with Turner syndrome and limited usage of oral contraceptives had a hepatic adenoma as a result of inactivation of HNF1A gene coupled with her impaired genetic profile.

MINI GASTRIC BYPASS VS LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY – SYSTEMATIC REVIEW

Marcin Dembiński (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College - Kraków)

Piotr Major (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland - Kraków)

Piotr Małczak (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland - Kraków)

Michał Pędziwiatr (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland - Kraków)

Magdalena Pisarska (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland - Kraków)

Michał Wysocki (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland - Kraków)

Jan Kulawik (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland - Kraków)

Andrzej Budzyński (Second Department of General Surgery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland - Kraków)

Mini gastric bypass (MGBP) and laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) are widely used surgical technics in treatment of pathological obesity patients. Both technics were the subjects of many medical reports, but there was no prior meta-analysis to compare them until now. This review evaluates the current literature on MGBP and LSG to conduct a meta-analysis of its outcomes. MEDLINE, Embase, Scopus and Cochrane Library were searched for eligible studies. Selected journals were hand-searched. All included articles were published prior to December 2016.

Age, weight, complications, remission of diabetes mellitus (DM), remission of hypertension (HT), length of stay (LOS), length of surgery and morbidity were analysed. The results of meta-analysis showed no statistically significant differences in the parameters presented above between patients who underwent MGBP and LSG

LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN DISTAL PANCREATECTOMY: A SINGLE-INSTITUTION COMPARATIVE 10-YEAR EXPERIENCE

Francisco S Moura, MB ChB PG Cert Med Education
Nigel B Jamieson, MB ChB BSc FRCS PhD

Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Scotland

Background

Distal pancreatectomy is the standard curative treatment for symptomatic benign, pre-malignant and malignant diseases of the pancreatic body and tail. This study was designed to compare clinical outcomes for laparoscopic distal pancreatectomy (LDP) and open distal pancreatectomy (ODP) performed over a 10-year period at a single specialist tertiary referral centre.

Methods

This retrospective study included 127 patients that underwent distal pancreatectomy between 2006 and 2017. The patient data was divided into two groups based on surgical approach: LDP (n=50; 39.4%) and ODP (n=77; 60.6%). Data was collected on pre-operative patient characteristics, intra-operative details, post-operative outcomes and pathological results. All statistical analyses were carried out on SPSS software for Windows.

Results

Intra-operative blood loss (500mls vs 1620mls), rate of splenectomy (28% vs 74%), new post-operative diabetes (10% vs 28.6%) and length of hospital stay (7 days vs 8 days) were significantly less in LDP compared to ODP. There were no significant differences in operative time, major complications, post-operative pancreatic fistula and haemorrhage, day of drain removal, 30 day re-admission rate, further procedures, perineural and venous invasion. 26% were converted from LDP to ODP. There was no 30-day patient mortality in either procedure.

Key statement

LDP is as safe a surgical approach as is ODP. Still, LDP has the advantages of shorter hospital stays, less intra-operative blood loss, lower splenectomy rates and reduced rate of post-operative diabetes.

Keywords

Distal pancreatectomy; Laparoscopic distal pancreatectomy; Open distal pancreatectomy

A RARE CASE OF ISOLATED ACROMIAL PROCESS FRACTURE

Karkoskova B (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Musil J (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Plechacova P (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Roxer R (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Kohoutek L (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Scapular fractures are uncommon, they account for 1% of all fractures, of these only 8-10% involve the acromion [1].

Acromial pedicle fractures usually result from high-energy direct trauma and can either be treated by osteosynthesis or managed conservatively. This largely depends on the type of fracture. Among other factors it is necessary to consider age, biological status, comorbidity and patient's lifestyle.

We present a case of 31-year old male, who suffered an isolated acromial process fracture after falling off the bicycle. It was decided to manage him conservatively for several reasons. Primarily it was an isolated and only slightly dislocated acromial fracture, other important factor was patient's low motivation to undergo surgery. A shoulder brace was used for immobilization, physiotherapy begun 6 weeks after injury to reduce the risk of shoulder stiffness. Now, about 5 weeks there are still local pain and limitation of movement of his shoulder joint remaining.

We are dealing with a rare injury, which has seldom been described in the literature and the question to discuss is whether the decision to indicate non-surgical management was right or not.

[1] Ideberg R, Grevsten S, Larsson S. Epidemiology of scapular fractures: incidence and classification of 338 fractures. *Acta Orthop Scand*. 1995;66:395–7

PHLEGMASIA CERULEA DOLENS AND VENOUS GANGRENE: A CASE REPORT

Musil J (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Pirkl M (Dpt. of Vascular and Plastic Surgery, The Regional Hospital Pardubice, Kyjevska 44, Pardubice, 532 03, Czech Republic)

Karkoskova B (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Plechacova P (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Kohoutek L (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Introduction

Phlegmasia cerulea dolens (PCD) is an uncommon severe complication of deep venous thrombosis (DVT), particularly iliofemoral. PCD is characterized by the triad of swelling, bluish skin coloring and pain. An altered venous outflow leads to blood stasis and can secondary cause thrombosis of the arterial system. Due to insufficient tissue oxygenation and nutrition, PCD may develop into venous gangrene and a need for amputation. There is also a high risk of fatal pulmonary embolism.

Standard DVT conservative treatment options include systemic anticoagulation, elevation of the limb and compression bandage. Systemic anticoagulation is effective to reduce thrombus propagation as well as to prevent thrombosis recurrence and pulmonary embolism. However, anticoagulants have got a little impact on clot lysis in the short term, which is crucial in PCD management and also contribute little to prevent long-term sequelae such as post-thrombotic syndrome. More aggressive modalities among DVT treatment are systemic or catheter-directed thrombolysis, pharmacomechanical thrombolysis and venous thrombectomy, which are sometimes associated with venous stenting and inferior vena cava filter placement. Although there is a lack of RCTs, thrombolysis is a generally accepted method for PCD treatment.

According to the literature venous thrombolysis and thrombectomy are more effective in post-thrombotic syndrome prevention when compared with standard anticoagulation therapy alone. However, these procedures should be only used in selected patients, considering possible benefits and risks (Table 1).

Case report

71-year old male patient was taken to hospital this year because of his right lower extremity pain, swelling and cyanosis of the foot and hemorrhagic bullae located on toes. According to his words pain and swelling had first appeared about 4 weeks previously, bluish skin coloring had been observed in last 4 days.

Patient's history included ischemic heart disease with s/p MI, chronic heart failure, s/p ventricular tachycardia

with an ICD implanted, s/p atrial fibrillation and arterial hypertension, his chronic medication included warfarin, bisoprolol, furosemide, ramipril and venotonics. Initial laboratory tests showed inflammation markers elevation and an effective level of anticoagulation on warfarin (INR 3.87). Ultrasonography revealed obliteration of the common and the superficial femoral vein as well as the superficial femoral artery obliteration. CT angiography confirmed superficial femoral artery obliteration. Venous thrombolysis or surgical thrombectomy were not indicated due to long duration of symptoms and CT angiography-verified arterial obliteration. An altered blood flow would probably have led to early re-thrombosis. Continuous unfractionated heparin therapy together with antiaggregation, compression stockings and elevation of the limb immediately began. There was no need of inferior vena cava filter placement because of a good cardiorespiratory state without clinical signs of pulmonary embolism. Swelling of the limb gradually disappeared, the gangrene demarcated and led to trans metatarsal amputation in about 1.5 months. The patient was examined for inherited and acquired pro-thrombotic state. Chest CT scan revealed expansion in the left lung hilum and another one in the inferior lobe, both tumor-suspicious. The wound now heals, there is no swelling within the extremity, there is a partial recanalization of VFC and VFS according to recent duplex ultrasound. He is about to undergo bronchoscopy.

Discussion

Phlegmasia cerulea dolens is a severe complication of DVT, mostly iliofemoral. PCD can lead to venous gangrene and a need for amputation, there is also a high risk of pulmonary embolism. Thrombolysis may be an effective way of PCD treatment, although there is a lack of studies of high level of evidence. However, it should be used in selected patients and cases, considering possible complications and benefits. Venous stenting may be useful in case of anatomical abnormalities underlying (vein stenosis, May-Thurner syndrome etc.). Absolute indications for inferior vena cava filter placement are proximal DVT with contraindications for anticoagulation, and in those patients, who present pulmonary embolism during anticoagulation therapy.

STAGED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLE GUNSHOT FRACTURES OF LIMBS

PhD Y.O. Yarmolyuk (National Military Medical Clinical Center, Kyiv, Ukraine)

Introduction

Due to the large number of victims of armed conflict in the East of Ukraine with multiple gunshot fractures of long bones there we need to create complex and staged restorative treatment through all level of medical evacuation. We had no single effective step by step system of restorative treatment of multiple gunshot fractures of long bones which leads to multiple complication. In this article system of restorative treatment includes fixation method replacement argued by a biochemical marks (CRP, α₂-macroglobulin, protein fractions), general blood test (WBC level, ESR) and clinical state of extremity; stage-by-stage algorithm of surgical treatment with usage of current medical equipment (NPWT- therapy, UAW, Vivostat® PRF) and systematic approach to medical rehabilitation with the preparation of Individual Program of Medical Rehabilitation (IPMR).

Objective

to introduce the proposed stage-by-stage system of restorative treatment of multiple gunshot fractures of long bones and prove the effectiveness of this system in preventing the most common complications.

Methods

for this research the 380 patients were divided into 3 groups and their results of treatment were evaluated. The main group (119 patients) was treated according to proposed system in traumatology department of the NMMCC (Kiev) and then rehabilitated according to IPMR. The first comparison group (118 patients) was treated with generally accepted methods of treatment in Military Medical Clinical Centre (MMCC) of Ukraine: West MMCC (Lviv), North MMCC (Kharkov) and Mariupol's City Clinical Emergency Hospital. The second comparison group (118 patients) were soldiers which were treated during Soviet war company in Democratic Republic of Afghanistan with old fashioned methods of treatment, but with good rehabilitation system.

Results

To evaluate the effectiveness of treatment in all groups the results of treatment were analyzed using the scale of Luboshyche — Mattis — Schwartzberg. The best results of treatment were showed in main group, worse results were showed in 1 and 2 group of comparison.

Conclusion

The proposed in this article system of restorative treatment of multiple gunshot fractures of long bones is effective in preventing the most common complications. Key words: multiple gunshot fractures of long bones, system of restorative treatment of fractures, fixation method replacement, IPMR.

Contacts: yuo1707@gmail.com

FEATURES ASSISTING PREGNAT WOMEN WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING NON-VARICOSE GENESIS

Mykola Trofimov (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Valerii Kryshen (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Sergey Muntyan (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Pavel Lyaschenko (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Viktor Zadorozhny (Department of General surgery, Dnipro medical Academy - Dnipro)

Kateryna Kaira (Department of public health Dnipropetrovsk region - Dnipro)

The prevalence of this pathology in pregnant women is 24,8-1,2 cases on 35 thousand (0.76%). In order to provide the specialized care for pregnant women with gastroduodenal bleeding non-varicose genesis we have elaborated method of treatment this pathology.

Methods

In the III-d trimester before endoscopic examination to prevent premature birth, carry an intravenous infusion of 10 mg hexoprenaline dissolved in 500 ml of 0.9% sodium chloride solution at a speed of 5-10 drops per minute and intramuscular injection of dexamethasone, as prevention of respiratory distress syndrome fetus, at a dose of 6 mg every 12 hours for 48 hours.

Thereafter perform endoscopy, establish the presence, location and character of the source of bleeding, endoscopic determine the state of local hemostasis for Forrest. In endoscopic tool feed injector and injected at the source of bleeding injected 0.9% sodium chloride in an amount of 10 - 20 ml and 1 ml 0.18% solution of epinephrine.

Results

When we are using definite treatment of gastroduodenal bleeding non-varicose genesis of cases in pregnant operational stoppage gastrointestinal bleeding was not. Instead of in the comparison group - 15 women (observation period 2007 - 2011) Operational stoppage gastrointestinal bleeding was carried out in 2 (13.3%) cases, with the further development of preeclampsia and severe preeclampsia, accompanied by antenatal fetal death.

MANAGEMENT OF HIGH-ENERGY PERINEAL GUNSHOT WOUND WITH VACUUM ASSISTED WOUND COSURE TECHNIQUE

Oguz Hancerliogullari (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Emine Arici (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of Anesthesiology - Ankara)

Yasar Subutay Peker (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Sahin Kaymak (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Aytekun Unlu (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Nazif Zeybek (University Of Medical Sciences, Gulhane Training And Research Hospital, Department Of General Surgery - Ankara)

Introduction

High-energy gunshot wounds cause damage by blast-fragment effect and disrupting tissue integrity. Vacuum assisted wound closure techniques (VAWCT) is frequently applied at the treatment of high-energy gunshot injuries in surgical centers which is a noninvasive treatment that accelerates wound healing by increasing cellular proliferation and granulocyte formation. At this study, we aimed to present our approach to a patient with traumatic extensive tissue damage that is difficult to maintain and manage.

Material-Method

Data and management of perineal high-energy gunshot injured patient is presented.

Result

Male patient aged 21 injured by high-energy gunshot was transferred to our clinic after damage-control surgery with mechanic ventilator and hypovolemic shock. He had retroperitoneal injury in addition to a large tissue defect at perineal region. Laparoscopic loop colostomy was performed to prevent fecal contamination of the wound after the

hemodynamics of the patient were stabilised. Surgical debridement, deep curettage, and necrotic tissue excision of wide wound defect with retroperitoneal vascular reconstruction was performed by multidisciplinary approach of general surgery, urology, plastic surgery and cardiovascular surgery. After 2 weeks from hospitalization, patient underwent 16 sessions of VAWCT. Tissue grafting was performed by plastic surgery to the scarred wound following VAWCT application. After these operations the patient was able to sit on third month of hospitalisation.

Conclusion

VAWCT application in contaminated and complicated injuries, such as high-energy penetrant injuries has a distinct advantage over conventional treatments. We strongly suggest the application of VAWCT for high-energy wound management after stabilization of the patient. Beside surgeons must give chance to loop sigmoid colostomy at perineal injuries for fecal diversion.

E001

CURIOUS CASE OF ISOLATED ACROMIAL PROCESS FRACTURE

Karkoskova B (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Musil J (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Plechacova P (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Roxer R (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Kohoutek L (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydland, Czech Republic)

Scapular fractures are uncommon, they account for 1% of all fractures, of these only 8-10% involve the acromion [1].

Acromial pedicle fractures usually result from high-energy direct trauma and can either be treated by osteosynthesis or managed conservatively. This largely depends on the type of fracture. Among other factors it is necessary to consider age, biological status, comorbidity and patient's lifestyle.

We present a case of 31-year old male, who suffered an isolated acromial process fracture after falling off the bicycle. It was decided to manage him conservatively for several reasons. Primarily it was an isolated and only slightly dislocated acromial fracture, other important factor was patient's low motivation to undergo surgery. A shoulder brace was used for immobilization, physiotherapy begun 6 weeks after injury to reduce the risk of shoulder stiffness. Now, about 5 weeks there are still local pain and limitation of movement of his shoulder joint remaining.

We are dealing with a rare injury, which has seldom been described in the literature and the question to discuss is whether the decision to indicate non-surgical management was right or not.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE BILIARY PATHOLOGY - COUNTY CLINICAL EMERGENCY HOSPITAL ORADEA SURGERY I AND II- 5 YEARS RETROSPECTIVE STUDY

Mariana Ungur (Faculty of Medicine and Pharmacy Oradea - Oradea)

Objectives

The main objective of this scientific paper is to present, in general, the different surgical options in biliary pathology. Particularly the laparoscopic cholecystectomy as a therapeutic approach to subjects with biliary pathology hospitalised in surgical wards at the County Clinical Emergency Hospital, Oradea .

Methods

This is a retrospective study over a 5 year period, 2010-2014, of patients hospitalised with various biliary pathologies who underwent cholecystectomy.

Results

In the period 2010-2014, 6,706 patients with biliary pathology were hospitalised in the County Clinical Hospital Oradea. From the total of 6,706 patients with biliary pathology, 5,421 were hospitalised in the surgical wards of the County Hospital, with 4,228 patients undergoing various surgical procedures. Of the total surgical interventions performed, classical cholecystectomy had a share of 1,761, with conversion after the laparoscopic attempt performed in 35 cases. Laparoscopic cholecystectomy was performed in 2,297 subjects, of whom, 14 subjects required laparoscopic cholecystectomy with extraction of the common bile duct calculus through the cystic duct.

Conclusions

In the pathology of gallbladder and biliary ducts, of the subjects studied, laparoscopic cholecystectomy was the elective surgical option, even in cases of cholelithiasis with acute gallbladder inflammation

In the selected cases, duct stones, it can be suitable to associate two mini-invasive procedures: laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangio-pancreatography.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, biliary pathology.

IRON DEFICIENCY ANAEMIA – ARE D2 BIOPSIES ALWAYS REQUIRED? A COHORT STUDY**Sieuming Ng** (Wrexham Maelor Hospital - Wrexham)**Jamie Hind** (Wrexham Maelor Hospital - Wrexham)**Palanichamy Chandran** (Wrexham Maelor Hospital - Wrexham)**Background**

Iron deficiency anaemia (IDA) is one of the most common referrals to the Upper GI team. The prevalence of IDA in adult men and post-menopausal women is up to 5% in the developed world. Main causes are occult GI blood loss and malabsorption. The aim of this study is to assess if D2 biopsies are required for all IDA as part of screening for coeliac disease.

Method

A search using keyword “anaemia” was performed against Unisoft Medical System to identify patients referred for OGD due to IDA between October 2014 and September 2016. WHO definition of haemoglobin <13g/dl in men and <12g/dl in non-pregnant women >15 years and local laboratory mean cell volume (MCV) of <80fL and/or ferritin below <15microgram/L was used. Patient demographics, blood results, coeliac serology and biopsy results from OGD and relevant colonoscopy were collected from Welsh Clinical Portal (WCP). Primary outcome measures are positive tTG and D2 biopsy results. Statistical analysis was then performed.

Results

383 patients were included, 161 females and 222 males. A total of 378 patients (98.7%) had ferritin level, 256 patients (66.8%) had coeliac serology (tissue transglutaminase antibody – tTG), 235 patients (61.4%) had D2 biopsies and 88 (23.0%) patients had colonic biopsies. 251 patients (65.5%) patients had normal D2 biopsies of which 169 (67.3%) had tTG levels checked. Coeliac disease was diagnosed in 6 positive D2 biopsies of which 5 had raised tTG levels. The remaining patient did not have tTG level checked. 1 patient with normal tTG level was found to have positive D2 biopsy for gluten enteropathy and 1 patient with an isolated raised tTG with normal IgA assay had normal biopsy. [$\chi^2 = 176.7698$; $p < 0.0001$]. 2 oesophageal cancers, 3 gastric cancers and 17 colonic cancers were diagnosed from microcytic anaemia; 5.7%. The cost of processing D2 biopsies per patient is estimated to be a minimum of £60 making a total potential cost saving of £15,060 per annum.

Conclusion

All patients with IDA should have tTG level checked to rule out nutritional cause before OGD. A positive tTG is highly suggestive of coeliac disease and patients should have tissue biopsy to confirm diagnosis. However while a negative tTG level rules out coeliac disease in approximately 97% of cases, patients with microcytic anaemia with other associated gastrointestinal symptoms such as flatulence, weight loss and diarrhoea warrants a tissue biopsy to exclude nutritional, infective and malignant causes.

PHLEGMASIA CERULEA DOLENS AND VENOUS GANGRENE: A CASE REPORT

Musil J (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Pirkl M (Dpt. of Vascular and Plastic Surgery, The Regional Hospital Pardubice, Kyjevska 44, Pardubice, 532 03, Czech Republic)

Karkoskova B (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Plechacova P (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Kohoutek L (Dpt. of Surgery, Hospital in Frydlant, V Uvoze 860, Frydlant, 464 01, Czech Republic, e-mail: jakub.musil.md@icloud.com)

Introduction

Phlegmasia cerulea dolens (PCD) is an uncommon severe complication of deep venous thrombosis (DVT), particularly iliofemoral. PCD is characterized by the triad of swelling, bluish skin coloring and pain. An altered venous outflow leads to blood stasis and can secondary cause thrombosis of the arterial system. Due to insufficient tissue oxygenation and nutrition, PCD may develop into venous gangrene and a need for amputation. There is also a high risk of fatal pulmonary embolism.

Standard DVT conservative treatment options include systemic anticoagulation, elevation of the limb and compression bandage. Systemic anticoagulation is effective to reduce thrombus propagation as well as to prevent thrombosis recurrence and pulmonary embolism. However, anticoagulants have got a little impact on clot lysis in the

short term, which is crucial in PCD management and also contribute little to prevent long-term sequelae such as post-thrombotic syndrome. More aggressive modalities among DVT treatment are systemic or catheter-directed thrombolysis, pharmacomechanical thrombolysis and venous thrombectomy, which are sometimes associated with venous stenting and inferior vena cava filter placement. Although there is a lack of RCTs, thrombolysis is a generally accepted method for PCD treatment.

According to the literature venous thrombolysis and thrombectomy are more effective in post-thrombotic syndrome prevention when compared with standard anticoagulation therapy alone. However, these procedures should be only used in selected patients, considering possible benefits and risks (Table 1).

CASE REPORT: A RARE CASE OF ECTOPIC SCROTAL SPLEEN

71-year old male patient was taken to hospital this year because of his right lower extremity pain, swelling and cyanosis of the foot and hemorrhagic bullae located on toes. According to his words pain and swelling had first appeared about 4 weeks previously, bluish skin coloring had been observed in last 4 days.

Patient's history included ischemic heart disease with s/p MI, chronic heart failure, s/p ventricular tachycardia with an ICD implanted, s/p atrial fibrillation and arterial hypertension, his chronic medication included warfarin, bisoprolol, furosemide, ramipril and venotonics. Initial laboratory tests showed inflammation markers elevation and an effective level of anticoagulation on warfarin (INR 3.87). Ultrasonography revealed obliteration of the common and the superficial femoral vein as well as the superficial femoral artery obliteration. CT angiography confirmed superficial femoral artery obliteration. Venous thrombolysis or surgical thrombectomy were not indicated due to long duration of symptoms and CT angiography-verified arterial obliteration. An altered blood flow would probably have led to early re-thrombosis. Continuous unfractionated heparin therapy together with antiaggregation, compression stockings and elevation of the limb immediately began. There was no need of inferior vena cava filter placement because of a good cardiorespiratory state without clinical signs of pulmonary

embolism. Swelling of the limb gradually disappeared, the gangrene demarcated and led to trans metatarsal amputation in about 1.5 months. The patient was examined for inherited and acquired pro-thrombotic state. Chest CT scan revealed expansion in the left lung hilum and another one in the inferior lobe, both tumor-suspicious. The wound now heals, there is no swelling within the extremity, there is a partial recanalization of VFC and VFS according to recent duplex ultrasound. He is about to undergo bronchoscopy.

Discussion

Phlegmasia cerulea dolens is a severe complication of DVT, mostly ileofemoral. PCD can lead to venous gangrene and a need for amputation, there is also a high risk of pulmonary embolism. Thrombolysis may be an effective way of PCD treatment, although there is a lack of studies of high level of evidence. However, it should be used in selected patients and cases, considering possible complications and benefits. Venous stenting may be useful in case of anatomical abnormalities underlying (vein stenosis, May-Thurner syndrome etc.). Absolute indications for inferior vena cava filter placement are proximal DVT with contraindications for anticoagulation, and in those patients, who present pulmonary embolism during anticoagulation therapy.

1014

FORGOTTEN BILIARY STENTS – A RARE COMPLICATION

Sridevi Murali (Dy Patil School Of Medicine - Mumbai)

Dr. Sandesh Deolekar (Dy Patil School Of Medicine - Mumbai)

Dr. Bibekanand Mahapatra (Dy Patil School Of Medicine - Mumbai)

There are many studies about the biliary stents, however there is a little information about the long-term complications of forgotten biliary stents except a few case reports.

We present a 68-year-old female patient who presented with abdominal pain ,vomiting and jaundice.The patient had had a biliary prosthesis inserted 114 months earlier for treatment of multiple CBD calculi, post cholecystectomy done in 1993

Imaging investigations evidenced the presence of obstructive jaundice and the biliary stent with gall stones adherent on its surface. After the failure of an endoscopic extraction attempt, surgical intervention ensured the removal of the stent and the gallstones formed on its surface.

Conclusion

this case represents the rarity of such a complication after biliary stenting. At the same time, it emphasizes the need for postoperative follow-up, in order to avoid this kind of complication.

E004

STAGED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLY GUNSHOT FRACTURES OF LIMBS

PhD Y.O. Yarmolyuk (National Military Medical Clinical Center, Kyiv, Ukraine)

Introduction

Due to the large number of victims of armed conflict in the East of Ukraine with multiple gunshot fractures of long bones there we need to create complex and staged restorative treatment through all level of medical evacuation. We had no single effective step by step system of restorative treatment of multiple gunshot fractures of long bones which leads to multiple complication. In this article system of restorative treatment includes fixation method replacement argued by a biochemical marks (CRP, α₂-macroglobulin, protein fractions), general blood test (WBC level, ESR) and clinical state of extremity; stage-by-stage algorithm of surgical treatment with usage of current medical equipment (NPWT- therapy, UAW, Vivostat® PRF) and systematic approach to medical rehabilitation with the preparation of Individual Program of Medical Rehabilitation (IPMR).

Objective

To introduce the proposed stage-by-stage system of restorative treatment of multiple gunshot fractures of long bones and prove the effectiveness of this system in preventing the most common complications.

Methods

For this research the 380 patients were divided into 3 groups and their results of treatment were evaluated. The main group (119 patients) was treated according to proposed system in traumatology department of the NMMCC (Kyiv) and then rehabilitated according to IPMR. The first comparison group (118 patients) was treated with generally accepted methods of treatment in Military Medical Clinical Centre (MMCC) of Ukraine: West MMCC (Lviv), North MMCC (Kharkov) and Mariupol's City Clinical Emergency Hospital. The second comparison group (118 patients) were soldiers which were treated during Soviet war company in Democratic Republic of Afghanistan with old fashioned methods of treatment, but with good rehabilitation system.

Results

To evaluate the effectiveness of treatment in all groups the results of treatment were analyzed using the scale of Luboshyche — Mattis — Schwartzberg. The best results of treatment were showed in main group, worse results were showed in 1 and 2 group of comparison.

Conclusion

The proposed in this article system of restorative treatment of multiple gunshot fractures of long bones is effective in preventing the most common complications. Key words: multiple gunshot fractures of long bones, system of restorative treatment of fractures, fixation method replacement, IPMR.

E005

LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN DISTAL PANCREATECTOMY: A SINGLE-INSTITUTION COMPARATIVE 10-YEAR EXPERIENCE

Francisco S Moura, MB ChB PG Cert Med Education (Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Scotland)

Nigel B Jamieson, MB ChB BSc FRCS PhD (Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Scotland)

Background

Distal pancreatectomy is the standard curative treatment for symptomatic benign, pre-malignant and malignant diseases of the pancreatic body and tail. This study was designed to compare clinical outcomes for laparoscopic distal pancreatectomy (LDP) and open distal pancreatectomy (ODP) performed over a 10-year period at a single specialist tertiary referral centre.

Methods

This retrospective study included 127 patients that underwent distal pancreatectomy between 2006 and 2017. The patient data was divided into two groups based on surgical approach: LDP (n=50; 39.4%) and ODP (n=77; 60.6%). Data was collected on pre-operative patient characteristics, intra-operative details, post-operative outcomes and pathological results. All statistical analyses were carried out on SPSS software for Windows.

Results

Intra-operative blood loss (500mls vs 1620mls), rate of splenectomy (28% vs 74%), new post-operative diabetes (10% vs 28.6%) and length of hospital stay (7 days vs 8 days) were significantly less in LDP compared to ODP. There were no significant differences in operative time, major complications, post-operative pancreatic fistula and haemorrhage, day of drain removal, 30 day re-admission rate, further procedures, perineural and venous invasion. 26% were converted from LDP to ODP. There was no 30-day patient mortality in either procedure.

Key statement: LDP is as safe a surgical approach as is ODP. Still, LDP has the advantages of shorter hospital stays, less intra-operative blood loss, lower splenectomy rates and reduced rate of post-operative diabetes.

Keywords: Distal pancreatectomy; Laparoscopic distal pancreatectomy; Open distal pancreatectomy

LAPAROSCOPIC AND ENDOSCOPIC COOPERATIVE SURGERY FOR DUODENAL STROMAL TUMOR

Xiaohua Jiang (Department Of Gastrointestinal Surgery, Shanghai East Hospital, Tongji University - Shanghai)

Ming Xu (Department Of Gastrointestinal Center, Shanghai East Hospital, Tongji University - Shanghai)

Aims

Duodenal stromal tumors are not common in gastrointestinal stromal tumors. On top of this, laparoscopic surgery is technically difficult for this kind of tumor. The aim of this study is to evaluate the safety and efficiency of laparoscopic and endoscopic cooperative surgery (LECS) for duodenal stromal tumors.

Subjects and methods

We retrospectively analysed 18 consecutive patients with duodenal stroma tumors located in the duodenal bulb or descending part. Since June 2013 to December 2015, all patients underwent a partial duodenal resection with en-block stromal tumor removal using LECS. All patients were followed up for at least 6 months. Clinical data, pathological features and follow-up results were analysed.

Results

The 18 patients included 10 (55.6%) men and 8 (44.4%) women, with mean age of 55.1 ± 15.6 years and BMI 22.8 ± 3.1 kg/m². Tumor pathology included gastrointestinal stromal tumor in 15 patients, carcinoid tumor in two, and heterotopic pancreas in one. Tumor size ranged from 1.1 to 3.5 cm. Six lesions (33.3%) were located in the duodenal bulb, and 12 (66.7%) in the body. The mean operation time was 108 ± 35 min with mean blood loss 13 ± 18 ml. No patients experienced postoperative duodenal leakage or stenosis. The mean time for start of oral intake was 2.6 ± 0.8 d and mean postoperative stay was 7.0 ± 2.7 d. During a median follow-up of 21 mo (range, 6-30 mo), none of these patients experienced recurrence or metastasis.

Conclusions

LECS is a minimally invasive and safe alternative approach which can achieve fast recovery and satisfactory short-term outcomes for patients with duodenal GISTs when appropriately selected.

BILOBAR ULTRA-MINI PERCUTANEOUS HEPATOLITHOTOMY

Mehmet Giray Sönmez (Department of Urology, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University - Konya)

Ahmet Öztürk (Department of Urology, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University - Konya)

Süleyman Bakdık (Department of Radiology, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University - Konya)

Mehmet Serkan Özkent (Department of Urology, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University - Konya)

Yunus Emre Göger (Department of Urology, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University) Department of Urology, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University - Konya)

Faruk Aksoy (Department of General Surgery, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University - Konya)

Metin Belviranlı (Department of General Surgery, Meram Medical Faculty, Necmettin Erbakan University - Konya)

Introduction

In this case, we present the Bilobar Ultra-Mini Percutaneous Hepatolithotomy (UM-PHL) experience we had through minimal dilatation with minimal invasive tools in a patient who had multiple prior surgeries due to congenital malformation of bile ducts and a choledoch cyst.

Methods

Twenty-three year old female patient had multiple open, endoscopic and percutaneous surgical operations due to a choledoch cyst and hepatolithiasis. She had recurrent cholangitis and pancreatitis attacks but all of the treatments had failed due to the stone load.

In the MRI and MRCP of the patient with constant gastrointestinal complaints despite surgical intervention, multiple bile duct stones were observed in the left and right intrahepatic bile ducts and the largest of these stones was 22mm.

Surgical Technique: Intrahepatic bile duct was entered percutaneously with an 18 Gauge needle with the assistance of ultrasonography by the interventional radiologist. The patient was in supine position under general anesthesia. Bile secretion was observed inside the injection and bile ducts were visualized via fluoroscopy by injecting opaque material. 0.035 inch soft-edged hydrophilic guidewire was injected and then 10F vascular introducer sheath located.

Then intrahepatic bile duct was entered with a 9.5F pediatric rigid cystoscope by the urologist through the vascular sheath. The stones were broken into smaller pieces with pneumatic lithotripter. The duct was cleaned completely by extracting the stones with forceps and washing. In the cholangiography taken afterwards, no problems were observed in the contrast transfer and there were no stones left in the duct. A biliary drainage catheter left inside the vascular sheath for drainage and the operation was finished. UM-PHL technique was applied to the right intrahepatic bile duct stones following the left side.

Results and Conclusions

The first surgical operation was finished in the 126th minute. The second surgical operation was finished in the 103rd minute. All of the stones in the patient's intrahepatic bile ducts were removed (stone-free). The patient didn't have any problems in the postoperative follow-ups. The third day after the procedure, the drains were taken and the patient was discharged on the fourth day. This case is the first case in literature in which large bilobar stones were completely cleaned by providing minimal dilatation with minimal invasive tools.

HYBRID INTRAGASTRIC AND LAPAROSCOPIC RESECTION OF GASTRIC GIST

Jacek Tabor (Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre - Krakow)

Andrzej Komorowski (Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology, Cancer Centre - Krakow)

Jerzy Mitus (Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology, Cancer Centre - Krakow)

Wojciech Wysocki (Department of Surgical Oncology, Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute of Oncology, Cancer Centre - Krakow)

In this video we present a hybrid intragastric and laparoscopic resection of a Gastro Intestinal Stromal Tumor (GIST) of a gastric wall. Simultaneous gastroscopy and laparoscopy were performed. After localizing the tumor site using endoscopy, a pursestring suture was placed on the anterior gastric wall. A 12mm gastrotomy was performed and a 12mm trocar was introduced through abdominal cavity into the gastric lumen. Pursestring suture was closed to maintain gastric inflation. A laparoscopic linear stapler was introduced

into the stomach and was positioned with an endoscopic control. After firing the stapler, the trocar was evacuated and the specimen extracted through the previous gastrotomy site. Stapler suture line was controlled. Gastrotomy site was closed with another linear stapler load and the operation was concluded. The patient made an uneventful recovery. The final histopathology evaluation confirmed a gastric GIST tumor with negative resection margins.

SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL (SILTEP) INGUINAL HERNIA REPAIR

Oleksii Potapov (P.L. Shupyk NMAPE - Kiev)

Giovanni Dapri (CHU Saint-Pierre - Brussels)

Inguinal hernias are one of the most common surgical diseases. Approximately 20 million hernia repairs are done annually worldwide. In the last decades, minimally invasive hernia surgery has spread among hernia centers and general surgical departments all over the world. Single incision laparoscopy (SIL) is of high interest due to advances in instrumentation and laparoscopic equipment. It can provide better cosmetic results without sacrificing the quality of procedure.

Both Trans Abdominal Pre Peritoneal (TAPP) and Total Extraperitoneal (TEP) repairs can be done by the SIL approach.

TEP has several advantages over TAPP and open repair. In comparison to open repair, the endoscopic technique provides covering of the entire myopectineal orifice, and can result in less recurrence. In another hand - TEP is an excellent option for a recurrent inguinal hernia following an open repair or for bilateral inguinal hernias. TEP approach

THORACOSCOPIC LONG ESOPHAGEAL MYOTOMY FOR DIFFUSE ESOPHAGEAL SPASM

Marina Morais (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Diana Gonçalves (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Silvestre Carneiro (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Vitor Devesa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

José Barbosa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

J. Costa-Maia (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Background

Diffuse esophageal spasm is a motility disorder of undetermined etiology and the optimal treatment remains controversial.

Clinical case

A 64 year-old male, with chronic obstructive pulmonary disease and antisocial personality disorder, was followed in consultation for heartburn, spontaneous chest pain and regurgitation. Esophageal manometry revealed high-pressure simultaneous contractions and a high lower esophageal sphincter pressure. Endoscopy and barium swallow examination showed 2 diverticula at 25 and 35cm. He was treated with nitrates and calcium channel blockers for 6 years, with progressive worsening of symptoms. Therefore, he was scheduled for thoracoscopic long esophageal myotomy with Dor fundoplication and diverticulectomy. Myotomy proceeded superiorly up to the azygos vein and inferiorly 3cm into the cardiac portion. The operation was finished within 5 hours. The postoperative period was uneventful and the patient was discharged on day 6. Two months after surgery, he showed total improvement of symptoms.

Discussion

Although not indicated for all patients with diffuse esophageal spasm, long esophageal myotomy may be indicated in patients with persistent or recurrent symptoms unresponsive to medical therapy.

LARGE EPIPHRENIC ESOPHAGEAL DIVERTICULUM

Diana Gonçalves (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Marina Morias (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Vitor Devezas (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Silvestre Carneiro (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Vitor Devesa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

José Barbosa (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

J. Costa-Maia (Sao Joao Medical Center – Department of Surgery - Porto)

Background

Epiphrenic esophageal diverticula are relatively rare disorders first observed by Mondière in 1833, and defined as pulsing false diverticula in the distal third of the esophagus. They are often associated with a concomitant esophageal motor disorder. Surgical treatment is indicated according to patient severity of symptoms.

Clinical case

A 76 year-old female, with no previous medical history, was referred to our hospital in 2011, for dysphagia and regurgitation. Upper endoscopy revealed an epiphrenic esophageal diverticulum at 32 cm, and a barium esophagogram revealed an esophageal diverticulum located on the right side of the distal third of the esophagus. The patient opted for a conservative approach.

Five years later, the patient noticed worsening of dysphagia. The most recent barium esophagogram revealed a huge esophageal diverticulum (with a neck measuring 7,5x2cm), and manometry suggested a higher pressure of the inferior esophageal sphincter. She was then referred to surgery.

Transhiatal laparoscopic diverticulectomy with myotomy and Dor fundoplication was carried out. The overall operative time was 150 minutes. The postoperative course was uneventful. The patient resumed an oral diet 5 days after surgery and was discharged on postoperative day 9 without symptoms of dysphagia or regurgitation.

Discussion

The most common causes of epiphrenic esophageal diverticula are motility disorders of the esophageal body and surgery is the standard treatment for patients with persistent or recurrent symptoms. The laparoscopic approach in the treatment of a large epiphrenic diverticulum of the esophagus is feasible, safe and well tolerated by the patient.