



# KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA

---

**Rak żołądka.  
Leczenie żywieniowe w chorobach nowotworowych.**

---



## *I USTECKIE DNI ONKOLOGICZNE*

**NOWOTWORY**  
Journal of Oncology



pod patronatem:  
Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej,  
Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego,  
Konsultanta Krajowego ds. Chirurgii Onkologicznej  
oraz redakcji czasopisma "Nowotwory"



**USTKA 3 - 4 września 2004 r.**



## **Drogie Koleżanki i Koledzy!**

W maju 2002 roku odbył się VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Przebieg Zjazdu, zwłaszcza jego organizacja i lokalizacja zyskały bardzo dobrą opinię uczestników.

W związku z tym Zarząd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego postanowił zorganizować w tym samym miejscu coroczne konferencje naukowe pn.

### ***"Usteckie dni onkologiczne"***

Pierwsza konferencja odbędzie się w dniach 3 - 4 września 2004 roku pod patronatem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, Konsultanta Krajowego ds. Chirurgii Onkologicznej oraz redakcji czasopisma "Nowotwory".

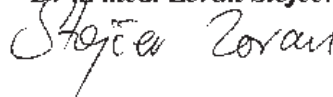
Konferencja poświęcona będzie problemom rozpoznawania i leczenia raka żołądka oraz leczenia żywieniowego w chorobach nowotworowych.

Przewidziane są wykłady wybitnych polskich specjalistów w tych dziedzinach.

Mam zaszczyt zaprosić Państwa do uczestnictwa w Konferencji.

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego*

*Dr. n. med. Zoran Stojčev*



### **Patronat honorowy:**

Dr Marek Balicki - Minister Zdrowia

Cezary Dąbrowski - Wojewoda Pomorski

Maciej Kobyliński - Prezydent Miasta Słupska

Jacek Graczyk - Burmistrz Miasta Ustki

### **Goście honorowi:**

Jan Kozłowski - Marszałek Województwa Pomorskiego

Bogdan Borusewicz - Wicemarszałek Województwa Pomorskiego

Zdzisław Kołodziejcki - Starosta Powiatu Słupskiego

Dr Tadeusz Podczarski - Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Gdańsku

Jan Kurylczyk - Sekretarz Stanu Ministerstwa Infrastruktury

Jerzy Mazurek - Podsekretarz Stanu M.S.W.i A.

Kmdr Ryszard Filiński - Komendant Centrum Szkolenia Marynarki Wojennej w Ustce

Anna Bogucka - Skowrońska - Przewodnicząca Rady Miasta Słupska

Jan Olech - Przewodniczący Rady Miasta Ustka

### **Komitety naukowy:**

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Szawłowski

Prof. dr hab. n. med. Bruno Szczygieł

Dr hab. n. med. Marek Pertkiewicz

Prof. dr hab. n. med. Janusz Jaśkiewicz

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kopacz

Prof. dr hab. n. med. Paweł Murawa

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Popiela

Prof. dr hab. n. med. Edward Towpik

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner

### **Komitet organizacyjny:**

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku

Dr n. med. Zoran Stojčev

Lek. med. Maciej Pasieka

Lek. med. Taras Stetsko

Lek. med. Krystian Oliński

Lek. med. Janusz Grzybowski

Dr n. med. Wojciech Homenda

mgr Elżbieta Wach

## Miejsca i daty:

---

- Konferencja odbywa się w dniach: 3 - 4 września 2004 r.
- Inauguracja Konferencji i Sesje Naukowe odbędą się w Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowym "Energetyk"
- **03 09 2004 r. - Piątek**
  - godz. 15.00 - Przyjazd i zakwaterowanie
  - godz. 18.00 - Wycieczka statkiem - na statku degustacja win macedońskich
  - godz. 20.00 - Piknik - Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowe "Energetyk"
- **04 09 2004 r. - Sobota**
  - godz. 8.30 - Inauguracja Konferencji - Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowe "Energetyk"
  - godz. 9.00 - Sesja Naukowa I - Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowe "Energetyk"
  - godz. 13.00 - Obiad - Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowe "Energetyk"
  - godz. 15.00 - Sesja Naukowa II - Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowe "Energetyk"
  - godz. 19.00 - Bankiet - Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowe "Energetyk"
- **05 09 2004 r. - Niedziela**
  - godz. 9.00 - Śniadanie - Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowe "Energetyk"
  - po śniadaniu wyjazd uczestników
- Istnieje możliwość zarówno wcześniejszego przyjazdu jak i późniejszego wyjazdu, po wcześniejszej rezerwacji noclegów
- Istnieje możliwość wykupienia obiadów w cenie 35,00 zł
- w czasie trwania zjazdu w Słupsku odbywa się Festiwal Pianistyki Polskiej - istnieje możliwość zakupu biletów na koncerty dla osób zainteresowanych.

## Zabezpieczenie zdrowotne:

Niepubliczny ZOZ w Ustce Dr-a Janusza Grzybowskiego

## Rejestracja:

Sekretariat Zjazdu czynny będzie w Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowym "Energetyk"  
Piątek - 03 09 2004 r - od godz. 15.00  
Sobota - 04 09 2004 r - od godz 8.00 do 12.00

## Identyfikatory

Uczestnicy Zjazdu, którzy opłacili wpisowe i zaproszeni goście otrzymają imienne identyfikatory uprawniające do wstępu do sali, gdzie będą odbywać się sesje naukowe i do sal ze stoiskami firm.

## Adres Komitetu Organizacyjnego:

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku  
ul. Kopernika 28, 76-200 Słupsk, tel. 059 / 842 95 35, e-mail: onkoustka@wp.pl

## Oplata zjazdowa:

Po 01.07.2004 r. - 300,00 zł. dla wszystkich uczestników.  
Uroczysta Kolacja - 160,00 zł.

## Oplaty hotelowe:

Hotel "Energetyk"

Nowa część: 160,00 zł za nocleg w pokoju 1-osobowym, ze śniadaniem  
200,00 zł za pokój 2-osobowy, ze śniadaniem

Domki: 300,00 zł za domek

"Jantar": 115,00 zł w 1-osobowym, ze śniadaniem  
75,00 zł. w 2-osobowy, ze śniadaniem



## Program spotkania:

### 4. IX. 2004 r. - Sobota

#### 8.30 - 9.30 Inauguracja Konferencji

- Prowadzenie - Krystyna Danilecka - Wojewódzka
  
- Powitanie uczestników:  
Dr med. Zoran STOJČEV - Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
  
- Wystąpienia:
  1. Dr Marek Balicki - Minister Zdrowia
  2. Cezary Dąbrowski - Wojewoda Pomorski
  3. Jan Kozłowski - Marszałek Województwa Pomorskiego
  4. Maciej Kobyliński - Prezydent Miasta Słupska
  5. Jacek Graczyk - Burmistrz Miasta Ustki
  6. Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI  
- Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej

#### 9.30 - 13.30 SESJA NAUKOWA I

(Wykłady na zaproszenie)

Przewodniczący:

Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI  
Doc. dr hab. med. Marek PERTKIEWICZ

- 09.30 - 10.00 1. Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI - Centrum Onkologii, Warszawa  
„Rak żołądka jako problem onkologiczny” - 30 min.
- 10.00 - 10.20 2. Doc. dr hab. med. Anna NASIEROWSKA - GUTTMEJER - Centrum Onkologii, Warszawa  
„Patologia raka żołądka” - 20 min.
- 10.20 - 10.50 3. Prof. dr hab. med. Tadeusz POPIELA - Uniwersytet Jagielloński, Kraków  
„Ewolucja leczenia raka żołądka w Polsce” - 30 min.
- 10.50 - 11.10 PRZERWA NA KAWĘ
- 11.10 - 11.40 4. Prof. dr hab. med. Bruno SZCZYGIEŁ - Akademia Medyczna, Warszawa  
„Niedożywienie u chorych na raka żołądka  
- częstość występowania” - 30 min
- 11.40 - 12.10 5. Doc. dr hab. med. Marek PERTKIEWICZ - Akademia Medyczna, Warszawa  
„Leczenie żywieniowe chorych na raka żołądka” - 30 min.
- 12.10 - 12.30 6. Dr med. Krzysztof JEZIORSKI - Centrum Onkologii, Warszawa  
„Współczesne możliwości chemioterapii raka żołądka” - 20 min.
- 12.30 - 12.50 7. Dr med. Zuzanna GUZEL-SZCZEPÍÓRKOWSKA - Centrum Onkologii, Warszawa  
„Rola i miejsce radioterapii w leczeniu raka żołądka” -20 min.
- 12.50 - 13.10 8. Prof. dr hab. med. Grzegorz WALLNER - Akademia Medyczna, Lublin  
„Możliwości wykorzystania programu komputerowego  
Prof. Maruyamy w kwalifikacji do operacji i prognozowania  
wyników leczenia chorych rakiem żołądka” - 20 min.
- 13.10 - 13.30 DYSKUSJA
- 13.30 - 15.00 PRZERWA NA OBIAD

15.00 - 17.45 **SESJA NAUKOWA II**

(doniesienia oryginalne)

Przewodniczący:

Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI

Prof. dr hab. med. Bruno SZCZYGIĘŁ

- 15.00 - 15.15 1. Z. Stojcev<sup>1</sup>, T. Stetsko<sup>2</sup>, A. Czarniecka<sup>2</sup>, W. Homenda<sup>3</sup>, I. Pawłowska-Stojcev<sup>3</sup>  
**Częstości powikłań pooperacyjnych u chorych na raka żołądka po całkowitym usunięciu narządu rozszerzonym o resekcję śledziony.**  
Oddział Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku  
Klinika Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Gliwicach  
Oddział Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Endokrynologii Szpitala Specjalistycznego w Słupsku  
Zakład Radiologii Szpitala Specjalistycznego w Słupsku - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 15.15 - 15.30 2. M. Szpakowski, A. Szawłowski, J. Albiński, T. Olesiński, M. Talarek, D. Król, P. Saramak  
**Ocena częstości występowania przerzutów do węzłów chłonnych wewnątrz śledziony u chorych operowanych z powodu raka połączenia przetykowo-żołądkowego**  
Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 15.30 - 15.45 3. Beata Jagielska  
**Ocena stanu odżywienia i roli leczenia żywieniowego u chorych poddanych chemioterapii z powodu nowotworu narządów głowy i szyi**  
Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.  
Klinika Nowotworów Głowy i Szyi - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 15.45 - 16.00 4. Sapieżko J., Brocki M., Jabłoński S., Terlecki A.  
**Wyniki chirurgicznego leczenia raka żołądka w materiale klinicznym.**  
Klinika Chirurgii Ogólnej i Torakochirurgii ICh UM w Łodzi - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 16.00 - 16.15 5. Zbigniew Kula<sup>1</sup>, Zdzisław Zuchora<sup>2</sup>, Jarosław Szefer<sup>2</sup>, Tomasz Pietrzak<sup>2</sup>, Grzegorz Romanowicz<sup>2</sup>  
**Pozytonowa emisyjna tomografia z użyciem F-18-fluorodeoksyglukozy i komputerowej tomografii (FDG-PET/CT) u chorych z rakiem żołądka - pierwsze własne doświadczenia**  
<sup>1</sup>Poradnia Gastroenterologiczna z Pracownią Endoskopową, Centrum Onkologii Szpital im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, <sup>2</sup>Zakład Medycyny Nuklearnej, Centrum Onkologii Szpital im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 16.15 - 16.30 6. Piotr Ostaszewski, Michał Jank  
**Dietetyczne zapobieganie wyniszczeniu nowotworowemu - wpływ 3-hydroksy-3-metyloamfalanu, argininy i glutaminy.**  
Katedra Nauk Fizjologicznych, Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 16.30 - 16.45 7. Sapieżko J., Brocki M., Jabłoński S., Terlecki A., Klejszmit P.  
**Wczesne żywienie dojelitowe po operacjach górnego odcinka przewodu pokarmowego z powodu nowotworów.**  
Kliniki Chirurgii Ogólnej i Torakochirurgii ICh UM w Łodzi - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 16.45 - 17.00 8. H. Tchórzewska  
**Poziom lęku u pacjentów poddawanych paliatywnej chemioterapii i leczeniu żywieniowemu z powodu nowotworów narządów głowy i szyi - doniesienia wstępne**  
Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej - Curie w Warszawie - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 17.00 - 17.15 9. Wojciech Homenda, Zoran Stojcev, Michalina Pejska.  
**Pacjent po splenektomii konieczność standaryzacji opieki**  
SOddział Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Endokrynologii Szpitala Specjalistycznego w Słupsku - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 17.15 - 17.45 10. **Wykład Specjalny**  
Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI - Centrum Onkologii, Warszawa  
**Występowanie, profilaktyka i leczenie powikłań zakrzepowo-zatorowych w chirurgii onkologicznej** - 30 min.

20.00 **Bankiet**

## DONIESIENIA ORYGINALNE - STRESZCZENIA:

Z. Stojcev<sup>1</sup>, T. Stetsko<sup>2</sup>, A. Czarniecka<sup>2</sup>, W. Homenda<sup>3</sup>, I. Pawłowska-Stojcev<sup>3</sup>

### **Częstości powikłań pooperacyjnych u chorych na raka żołądka po całkowitym usunięciu narządu rozszerzonym o resekcję śledziony.**

Oddział Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku

Klinika Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii w Gliwicach

Oddział Chorób Wewnętrznych, Hematologii i Endokrynologii Szpitala Specjalistycznego w Słupsku

Zakład Radiologii Szpitala Specjalistycznego w Słupsku

Podstawowym sposobem leczenia chorych na raka żołądka jest leczenie operacyjne. Jego zakres pozostaje nadal przedmiotem kontrowersji. Żywo dyskutowane są: niezbędna rozległość limfadenektomii, konieczność wykonywania splenektomii lub resekcji wielonarządowych. Większość autorów nie wykazała wpływu usunięcia śledziony na poprawę rokowania wyrażoną poprawą przeżycia (1-9). Część z nich obserwowała zwiększony odsetek powikłań pooperacyjnych u chorych po splenektomii (2,8,9), inni natomiast nie potwierdzili takiej zależności (1,3,4,6,7), obserwując z kolei wzrost ilości usuniętych węzłów chłonnych znajdujących w materiale pooperacyjnym (5,7,9).

**Cel:** W kontekście powyższych wątpliwości celem pracy jest porównanie częstości powikłań pooperacyjnych, u chorych na raka żołądka w zależności od rozszerzenia zakresu operacji o resekcję śledziony.

**Materiał i metody:** W latach 1997-2003 z powodu nowotworu złośliwego żołądka operowano radykalnie (resekcja R0) 86 chorych, 21 kobiet (24,4%) i 65 mężczyzn (75,6%). Średni wiek operowanych wynosił 61 lat. Średni czas obserwacji 1,22 roku. W toku obserwacji odnotowano 41 zgonów (47,7%). Wszystkie operacje były przeprowadzone przez tego samego chirurga. U 72 chorych (83,7%) wykonano całkowitą resekcję żołądka z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego metodą Roux-Y, u 14 chorych (16,3%) wykonano częściową resekcję narządu. Splenektomię przeprowadzono u 53 osób (61%) inne rozszerzone resekcje wielonarządowe u 27 operowanych (31%). Dalszej analizie poddano jedynie chorych na raka żołądka, u których wykonano całkowite wycięcie narządu z limfadenektomią, co najmniej D2, u których zabieg operacyjny rozszerzono jedynie o wycięcie śledziony. Grupa chorych, u których wykonano splenektomię liczyła 29 osób (grupa 1). W grupie chorych, u których wykonano całkowite wycięcie żołądka z zachowaniem śledziony (grupa 2) było 20 chorych. Grupy te porównano pod względem wieku płci, zaawansowania choroby, częstości powikłań, czasu przeżycia. Dla porównań między grupami użyto testu chi<sup>2</sup> oraz testu Mann-Whitney, dla oceny przeżycia zastosowano metodę Kaplana-Meiera (Program SPSS 12 PL).

**Wyniki:** Obie grupy cechowały się zbliżonym średnim okresem obserwacji: 1,2 roku w grupie 1 i 1,36 roku w grupie 2. Chorzy z grupy 1 byli średnio dwa lata młodsi niż z grupy 2. Grupy nie różniły się w strukturze płci. W grupie 1 55% (16 chorych) operowano w stopniu zaawansowania T3-T4. W grupie 2 takie zaawansowanie dotyczyło 7 chorych (35%). W grupie 1 9 chorych było w stopniu zaawansowania N2-N3 (30%). W grupie 2 5 chorych (25%) operowano w stopniu N2. Średni pooperacyjny czas pobytu na oddziale był o 3 dni krótszy dla chorych po splenektomii (8 do 11 dni). W przebiegu pooperacyjnym podwyższoną leukocytozę znamiennej częściej obserwowano u chorych z grupy 1 niż u chorych z grupy 2 (79% do 50%; p=0,001). Prawdopodobieństwo wystąpienia innych powikłań nie różniło się między grupami (p=0,17). Rodzaj obserwowanych powikłań przedstawiono w tabeli 1 Tab 1. Rodzaj powikłania Grupa 1 n=29 Grupa 2 n=20 Powikłania ropne i infekcyjne 1 1 Ewentualna 1 0 Subileus 4 2 Niewydolność krążenia 2 0 Niewydolność wielonarządowa 1 0 W grupie 1 wznova miejscowa wystąpiła u 1 osoby. W grupie 2 wznova zaobserwowano u 5 chorych, natomiast rozsiew nowotworu u 3. Odsetek przeżyć 5-letnich nie różnił się między grupami (p=0,84).

**Wnioski:** Brak wpływu usunięcia śledziony na wzrost ryzyka powikłań, pomimo braku wpływu na poprawę przeżycia pozwala w razie konieczności na bezpieczne rozszerzenie zakresu operacji w raku żołądka.



## **OCENA CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA PRZERZUTÓW DO WĘZŁÓW CHŁONNYCH WNĘKI ŚLEDZIONY U CHORYCH OPEROWANYCH Z POWODU RAKA POŁĄCZENIA PRZEŁYKOWO-ŻOŁĄDKOWEGO.**

Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie

Ocena częstości występowania przerzutów do węzłów chłonnych wnęki śledziona u chorych operowanych z powodu raka połączenia przełykowo-żołądkowego ma znaczenie rokownicze. W dostępnym piśmiennictwie sugerowane jest wykonywanie elektywnej splenektomii z przyczyn onkologicznych u chorych w III i IV stopniu klinicznego zaawansowania nowotworu (wg. TNM-UICC 1997).

**Materiał i metodyka:** W latach 1996-2003 leczono chirurgicznie w Klinice Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie łącznie 142 chorych z powodu raka połączenia przełykowo-żołądkowego, u których wykonano splenektomię ze wskazań onkologicznych. Do retrospektywnej analizy przyjęto patologiczny podział zaawansowania nowotworów wg TNM-UICC (1997).

**Wyniki:** Łączny odsetek występowania przerzutów do węzłów chłonnych wnęki śledziona określono na 28,9% (41/142pts.). W I (IA + IB) stopniu zaawansowania odsetek stwierdzonych przerzutów wyniósł 0% (0/25pts.). W II stopniu zaawansowania odsetek przerzutów wyniósł 3,7% (1/27pts.). W III stopniu zaawansowania odsetek ten wyniósł łącznie 27,5% (14/51pts.), przy czym w stopniu IIIA odsetek ten wyniósł 9,4% (3/32pts.), a w stopniu IIIB 57,9% (11/19pts.). W IV stopniu zaawansowania patologicznego odsetek przerzutów do węzłów chłonnych wnęki śledziona wyniósł 66,7% (26/39pts.). W analizowanej grupie całkowita ilość usuniętych węzłów chłonnych w preparacie operacyjnym u jednego pacjenta wahała się od 16 do 80.

### **Wnioski:**

1. Największe ryzyko przerzutów raka połączenia przełykowo-żołądkowego do węzłów chłonnych wnęki śledziona istnieje w III i IV stopniu zaawansowania.

2. Elektywna splenektomia jest zabiegiem niezbędnym dla radykalnego leczenia zaawansowanego (III i IV stopień wg TNM-UICC 1997) raka połączenia przełykowo-żołądkowego.

Beata Jagielska

## **OCENA STANU ODŻYWIENIA I ROLI LECZENIA ŻYWIENIOWEGO U CHORYCH PODDANYCH CHEMIOTERAPII Z POWODU NOWOTWORU NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI.**

Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Klinika Nowotworów Głowy i Szyi

02-785 Warszawa, Roentgena 5, Tel (22) 546 22 08, Fax (22) 644 95 98, e-mail: bjot@coi.waw.pl

Nowotwory regionu głowy i szyi predysponują do wystąpienia znacznego stopnia zaburzeń w odżywieniu. Wpływ na to ma nie tylko anatomiczne położenie nowotworu, ale także zaburzenia metaboliczne indukowane przez nowotwór oraz czynniki ryzyka, które wpływając na promocję nowotworu jednocześnie determinują stan ogólny chorych.

Bardzo ważnym elementem jest również samo leczenie onkologiczne, którego działania niepożądane mają bezpośredni wpływ na stan odżywienia chorych.

**Celem badania** jest szczegółowa ocena stanu odżywienia u chorych na nowotwory nabłonkowe regionu głowy i szyi przed i w trakcie chemioterapii o założeniu indukcyjnym lub paliatywnym oraz ocena roli leczenia żywieniowego prowadzonego u chorych ze stwierdzonymi cechami niedożywienia.

**Metoda i materiał:** Do badania włączano chorych z potwierdzonym, zaawansowanym rakiem narządów głowy i szyi oraz zakwalifikowanych do indukcyjnej lub paliatywnej chemioterapii. Ocena stanu odżywienia prowadzona była w oparciu o następujące parametry: ocena stanu ogólnego według skali WHO, ocena niezamierzonego ubytku masy ciała oraz ocena stężenia albumin w surowicy krwi.

Ocena stanu odżywienia przeprowadzona była przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami oraz w 6 tygodni od rozpoczęcia chemioterapii. U chorych, u których stwierdzono cechy niedożywienia, prowadzone było leczenie żywieniowe w zależności od sytuacji klinicznej. Charakterystyka materiału: Do badania włączono 48 chorych, w tym 33 mężczyzn i 15 kobiet. Mediana wieku wynosiła 52 lata (przedział 18,75 lat). U 26 chorych stopień sprawności oceniono jako 0-1, u 20 jako 2, u 2 jako 3. U 12 chorych nie stwierdzono cech niedożywienia przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami. U 36 chorych z powodu niedożywienia prowadzone było leczenie żywieniowe w oparciu o diety przemysłowe lub/i/ sterydy anaboliczne. Przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami różnego stopnia ubytek masy ciała stwierdzono u 26 chorych. U 32 poziom albumin wynosił powyżej 35 g%, u 10 wahał się między 35-31g%, u 6 między 30-25g%, u 1 wynosił poniżej 25g%. Wyniki: Po wdrożeniu leczenia żywieniowego poprawę stopnia sprawności stwierdzono u 22 chorych, u 2 pogorszenie, a u 12 stabilizację. U 16 chorych wykazano przyrost masy ciała, u 4 spadek, a u 6 masa ciała nie uległa zmianie. U 10 chorych stwierdzono wzrost stężenia albumin w surowicy krwi w stosunku do badania wyjściowego.

**Wnioski:** Niedożywienie u chorych na nowotwory głowy i szyi stanowi istotny problem kliniczny. Jest przyczyną pogorszenia stopnia sprawności, przez co pośrednio wpływa na wyniki leczenia w tej grupie chorych. Wdrożenie leczenia żywieniowego pozwala przede wszystkim na poprawę stopnia sprawności, co może przekładać się na poprawę jakości życia w trakcie leczenia.

Sapieżko J., Brocki M., Jabłoński S., Terlecki A.

**Wyniki chirurgicznego leczenia raka żołądka w materiale klinicznym.**

z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Torakochirurgii ICh UM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. med. Marian Brocki

Rak żołądka należy do grupy najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie. Polska od wielu lat jest zaliczana do krajów wysokiego ryzyka zachorowania na raka żołądka. Podstawowym i jedynym sposobem leczenia tego nowotworu, dającym nadzieję na wyleczenia jest radykalna operacja.

**Celem pracy** jest przedstawienie własnych wyników leczenia operacyjnego raka żołądka.

**Materiał i metoda.** W naszej klinice w latach 1998-2002 z powodu raka żołądka leczono operacyjnie 93 chorych w wieku 42 - 77 lat, średnio 62 lata. W tej grupie było 26 (28,0%) kobiet i 67 (72,0%) mężczyzn. Podstawową metodą leczenia operacyjnego była gastrektomia z limfadenektomią D2. Jedynie w przypadkach niewielkich zmian w okolicy odźwiernika przy postaci jelitowej guza wykonywano resekcję subtotalną z limfadenektomią. Tylko 16 (17,2%) chorych było w I i II stopniu zaawansowania wg. klasyfikacji UICC.

**Wyniki.** U 55 (59,3%) naszych chorych wykonano zabiegi resekcyjne, przy czym zabiegi radykalne (resekcja R0) u 37 (40,0%) chorych. U 18 (19,3%) z nich wykonano paliatywne zabiegi resekcyjne (resekcja R1 i R2), najczęściej z powodu powikłań choroby nowotworowej. Paliatywne zabiegi nierekcyjne wykonano u 21 (22,6%) chorych. Powikłania w okresie okołoperacyjnym wystąpiły u 5 chorych co stanowi 5,4%, z czego 2 (2,2%) chorych zmarło.

**Wnioski.**

1. Wykrywalność raka żołądka we wczesnym stadium choroby pomimo znacznej poprawy dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych jest niska.
2. Gastrektomia z limfadenektomią D2 jest operacją bezpieczną, obciążoną małym odsetkiem ciężkich powikłań i nie pogarsza w znacznym stopniu jakości życia chorych po zabiegu.

Zbigniew Kula<sup>1</sup>, Zdzisław Zuchora<sup>2</sup>, Jarosław Szefer<sup>2</sup>, Tomasz Pietrzak<sup>2</sup>, Grzegorz Romanowicz<sup>2</sup>

**POZYTONOWA EMISYJNA TOMOGRAFIA Z UŻYCIEM F-18-FLUORODEOKSYGLUKOZY I KOMPUTEROWEJ TOMOGRAFII (FDG-PET/CT) U CHORYCH Z RAKIEM ŻOŁĄDKA PIERWSZE WŁASNE DOŚWIADCZENIA**

<sup>1</sup>Poradnia Gastroenterologiczna z Pracownią Endoskopową,

Centrum Onkologii Szpital im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy,

<sup>2</sup>Zakład Medycyny Nuklearnej, Centrum Onkologii Szpital im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

**Wstęp:** Pozytonowa emisyjna tomografia z użyciem F-18-fluorodeoksyglukozy (FDG-PET) jest nową metodą obrazowania opartą na ocenie metabolizmu tkanek. Metoda znajduje zastosowanie głównie w onkologii wykorzystując zwiększoną utylizację glukozy w komórkach nowotworowych, co może być uwidocznione przez oznaczenie zwiększonego wychwytu radioizotopu F-18-fluorodeoksyglukozy. Połączenie FDG-PET z komputerową tomografią (CT) pozwala na poprawienie skuteczności diagnostycznej (FDG-PET/CT). Przydatność badania FDG-PET/CT u chorych z rakiem żołądka nie jest ostatecznie ustalona.

**Celem pracy** była wstępna retrospektywna ocena badania FDG-PET/CT u chorych z rakiem żołądka w materiale własnym.

**Metodyka:** Analizą objęto 22 chorych z rozpoznany rakiem żołądka u których wykonano badanie FDG-PET/CT. Wskazaniem do badania u 7 chorych było podejrzenie wznowy raka po leczeniu operacyjnym, u 6 chorych badanie w nadzorze po leczeniu operacyjnym i chemioterapii, u 5 chorych ocena zaawansowania nowotworu przed leczeniem operacyjnym, u 2 chorych ocena radykalności leczenia operacyjnego, u 1 osoby podejrzenie raka żołądka oraz u 1 osoby ocena skuteczności chemioterapii. U 18 chorych oceniono poprawność wyników FDG-PET/CT na podstawie obserwacji klinicznej, badań dodatkowych (badania laboratoryjne, ultrasonografia i CT jamy brzusznej, badania histopatologiczne) oraz oceny śródoperacyjnej.

**Wyniki:** W badaniu FDG-PET/CT ogniska wzmożonej utylizacji glukozy stwierdzono u 8 osób, w 2 przypadkach ocena była niejednoznaczna, zaś u pozostałych chorych prawidłowa. U 7 chorych wynik badania FDG-PET/CT był pozytywnie dodatnie, u 8 chorych pozytywnie ujemny, u 1 chorego fałszywie dodatni i u 2 osób fałszywie ujemny.

**Wnioski:** 1. Badanie FDG-PET/CT w wybranych przypadkach raka żołądka jest przydatną metodą diagnostyczną. 2. Uzasadniona jest ocena badania FDG-PET/CT u chorych z rakiem żołądka w badaniach prospektywnych uwzględniających większą liczbę chorych.

Piotr Ostaszewski, Michał Jank

### **Dietetyczne zapobieganie wyniszczeniu nowotworowemu - wpływ 3-hydroksy-3-metylomasłanu, argininy i glutaminy.**

Katedra Nauk Fizjologicznych, Wydział Medycyny Weterynaryjnej SGGW  
ul. Nowoursynowska 159, 02-766 Warszawa, tel. (022) 847-24-52 lub 607-624-821  
e-mail: ostaszewski@alpha.sggw.waw.p

U chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową (kacheksją) priorytetem staje się powstrzymanie postępującego wyniszczenia organizmu, a przez to utrzymanie możliwie najlepszej jakości życia.

Cel ten udaje się uzyskać uwzględniając m.in. leczenie żywieniowe. Żywnie doustne najlepiej odpowiada na wszystkie wymienione potrzeby. Utrzymanie tej drogi przyjmowania pokarmów, jak też zwyczajów związanych ze sposobem spożywania posiłków stanowi ważny element jakości życia. Wiadomo że w kacheksji mamy do czynienia z nasileniem rozpadu białka mięśniowego przy równoczesnej obniżonej jego syntezie. Dlatego od dawna poszukiwano czynników żywieniowych które mogłyby, poprzez ograniczenie proteolizy oraz zwiększenie syntez białka, skutecznie przeciwdziałać kacheksji.

Wydaje się, że mieszanina 3-hydroksy-3-metylomasłanu (HMB), L-argininy i L-glutaminy spełnia takie oczekiwania. HMB, ketokwasowa pochodna leucyny, ogranicza rozpad białka mięśniowego i w ten sposób wspomaga utrzymanie stałej masy mięśniowej. L-arginina jest aminokwasem wykorzystywanym do syntezy białek. Aktywuje system odpornościowy, ponadto reguluje stężenie hormonu wzrostu we krwi i funkcje mięśni. L-glutamina bierze udział w syntezie glikogenu w mięśniach szkieletowych a ponadto działa antykatabolicznie. Wszystkie te składniki podawane łącznie w formie suplementu pokarmowego skutecznie chronią organizm przed utratą masy mięśniowej.

Sapieżko J., Brocki M., Jabłoński S., Terlecki A., Klejszmit P.

### **Wczesne żywienie dojelitowe po operacjach górnego odcinka przewodu pokarmowego z powodu nowotworów.**

z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Torakochirurgii ICh UM w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. med. Marian Brocki

Stan odżywienia chorych odgrywa istotną rolę w obniżeniu odsetka powikłań po operacjach górnego odcinka przewodu pokarmowego. Same schorzenia już prowadzą do znacznego stopnia niedożywienia a nawet wyniszczenia chorego jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. Ważnym elementem oceny stanu niedożywienia pacjentów z chorobą nowotworową jest niezamierzony ubytek masy ciała w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy. Ważnym wskazaniem do leczenia żywieniowego w tych przypadkach jest utrata masy ciała > 10% w okresie 3 miesięcy przed hospitalizacją.

**Celem pracy** jest przedstawienie własnych wyników leczenia żywieniowego drogą jejunostomii chorych leczonych operacyjnie z powodu raka przełyku i żołądka.

**Materiał i metoda.** Analizie klinicznej poddano grupę 93 chorych leczonych planowo w naszej klinice z powodu raka przełyku lub żołądka, u których zastosowano leczenie żywieniowe drogą jejunostomii po zabiegu operacyjnym. W badanej grupie było 26 (28,0%) kobiet i 67 (72,0%) mężczyzn w wieku 42-77 lat, średnio 62 lata. Z powodu raka przełyku leczono 21 (22,6%), żołądka 72 (77,4%) chorych. U wszystkich z nich w momencie przyjęcia stwierdzono niedożywienie różnego stopnia od umiarkowanego do dużego. Przy czym duży stopień niedożywienia obserwowano głównie u chorych z rakiem przełyku. W tej grupie przed zabiegiem operacyjnym zastosowano pozajelitowe leczenie żywieniowe przez okres około 7-10 dni. Po uzyskaniu poprawy wskaźników biochemicznych kwalifikowano do zabiegu operacyjnego. W obu grupach chorych po zabiegu operacyjnym zakładano jejunostomię i prowadzono wczesne żywienie dojelitowe stosując przemysłowe mieszanki żywieniowe przez okres 5-7 dni. Leczenie żywieniowe rozpoczynano po upływie 12 godzin od operacji za pomocą pompy perystaltycznej (10 ml/h) i stopniowo zwiększano (do 20ml/h) w ciągu pierwszej doby aż do osiągnięcia zaplanowanej podaży 25 kcal/kg mc/dobę. Żywnie drogą jejunostomii kończono wtedy, gdy doustna podaż pożywienia wynosiła co najmniej 50% podstawowego zapotrzebowania energetycznego.

**Wyniki.** U 81 (86,1%) naszych chorych nie odnotowano żadnych powikłań i osiągnięto zaplanowany cel żywienia. U 12 (13,9%) chorych odnotowano powikłania, które po zmodyfikowaniu leczenia ustąpiły u 10 (83,3%) bez potrzeby zaprzestania dalszego leczenia. Natomiast u pozostałych 2 (16,7%) ze względu na nietolerancję konieczne było przejście na żywienie parenteralne. Rozpatrując dane badanej grupy chorych, cel żywieniowy (poprawa lub utrzymanie stanu odżywienia) osiągnięto u 91 (97,8%) chorych.

**Wnioski.** Uzyskane przez nas wyniki dowodzą, że wczesne żywienie dojelitowe po operacji górnego odcinka przewodu pokarmowego z powodów nowotworowych jest skuteczne, bezpieczne i powinno być stosowane każdorazowo w przypadku chorych niedożywionych jako jeden z ważniejszych elementów leczenia. Najważniejsze w zapobieganiu powikłaniom wczesnego żywienia dojelitowego jest rozpoczynanie jego od małych objętości, zmniejszenie podaży w przypadku występowania skutków ubocznych oraz stały nadzór nad chorym.

H. Tchórzewska

## **POZIOM ŁĘKU U PACJENTÓW PODDAWANYCH PALIATYWNEJ CHEMIOTERAPII I LECZENIU ŻYWIENIOWEMU Z POWODU NOWOTWORÓW NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI - DONIESIENIE WSTĘPNE.**

Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej –Curie w Warszawie

Ważnym obszarem oceny jakości życia pacjentów onkologicznych jest sfera emocjonalna. Obejmuje ona rozpoznanie i określenie stopnia nasilenia podstawowych emocji, jakich doświadcza pacjent w danym okresie leczenia. Jedną z najistotniejszych emocji wpływających nie tylko na samopoczucie pacjenta, ale też na jego psychofizyczną sprawność jest lęk. Charakterystyczną cechą lęku jest duża dynamika, silna komponenta fizjologiczna, podatność na somatyzację.

**Cel pracy:** Ocena sprawności fizycznej oraz natężenia lęku u chorych poddanych paliatywnej chemioterapii. Materiał i metoda: Do badania włączono chorych spełniających następujące kryteria: rozpoznany i zweryfikowany drogą biopsji wycinkowej rak narządów głowy i szyi, pierwotnie duża masa guza: cecha T3-4 wg klasyfikacji TNM oraz kwalifikacja chorego do indukcyjnej lub paliatywnej chemioterapii. Ocena stopnia sprawności była określana w/g skali WHO. Do oceny natężenia lęku wykorzystano test: „Inwentarz stanu i cechy lęku STAI C.D. Spielbergera, zaadaptowany dla polskiej populacji przez Wrześniewskiego. Zakres teoretyczny wyników poziomu lęku- stanu (x-1) uzyskiwany w badaniu kwestionariusza STAI wynosił od 20 do 80 punktów, podobnie jak lęku-cechy (x-2). Wzrost liczby punktów w obu skalach oznaczał wzrost nasilenia lęku. Charakterystyka materiału klinicznego: Do badania włączono 46 chorych, w tym 33 mężczyzn i 13 kobiet. Mediana wieku wynosiła 52 lata (przedział od 18 do 75 lat). U 24 chorych stopień sprawności oceniono jako 0-1, u 20 jako 2, u 2 jako 3. U 36 chorych z powodu niedożywienia włączono leczenie żywieniowe. Wyniki: Średnia lęku –stan wynosiła 49,2 (przedział 36-70) oraz średnia lęku –cecha 48,4 (przedział 23-71). U mężczyzn średnia lęku-stan wynosiła 47,4 (przedział 30-70) oraz średnia lęku-cecha 46,5 (przedział 23-71), natomiast w grupie kobiet odpowiednio 53,6 (przedział 35-68) i 49,6 (przedział 31-66). Po wdrożeniu leczenia żywieniowego poprawę stopnia sprawności stwierdzono u 22 chorych, u 2 pogorszenie, a u 12 stabilizację.

**Komentarz kliniczny:** Chorzy z nowotworami narządu głowy i szyi leczeni chemioterapią paliatywną doświadczają wyższego poziomu lęku w porównaniu z innymi grupami pacjentów onkologicznych. Wdrożenie leczenia żywieniowego pozwala przede wszystkim na poprawę stopnia sprawności, co może przekładać się na poprawę jakości życia i pośrednio na możliwość zmniejszenia poziomu lęku w trakcie leczenia onkologicznego.

Wojciech Homenda, Zoran Stojcev, Michalina Pejska.

### **Pacjent po splenektomii konieczność standaryzacji opieki**

#### Streszczenie

Splenektomię wykonuje się ze wskazań diagnostycznych oraz leczniczych. Najbardziej ugruntowane wskazania dotyczą schorzeń hematologicznych nowotworowych ( np. białaczka włochatokomórkowa, chłoniak strefy brzożnej śledziony ) oraz nienowotworowych ( wrodzona sferocytoza lub eliptycytoza, przewlekła małopłytkowość samoistna oporna na leczenie immunosupresyjne ). Ważne wskazania dotyczą również chirurgii. Należy do nich pęknięcie pourazowe śledziony, rak żołądka oraz stwierdzenie przerzutów do śledziony.

Śledziona jest narządem układu limfoidalnego w którym dochodzi do namnażania oraz różnicowania się limfocytów. Spełnia również bardzo ważną funkcję w eliminacji flory bakteryjnej oraz patologicznych krwinek ( np. komórek chłoniaka ), oraz dojrzewaniu makrofagów i trombocytów. Usunięcie śledziony drastycznie ogranicza syntezę immunoglobulin i tym samym zmniejsza odporność humoralną. Stwarza to szczególne zagrożenie u dzieci, u pacjentów z chorobami nowotworowymi, a szczególnie u chorych leczonych dodatkowo chemio lub radioterapią.

Opiekę nad chorym poddawanym splenektomii podzielić trzeba na okres przed i po zabiegu. Przed splenektomią konieczne jest wykonanie szczepień przeciwko Haemophilus influenzae oraz dwoince zapalenia płuc ( 3 tygodnie przed zabiegiem ). Szczepienie przeciwko wzwt. B oraz przeciwko grypie.

Po dwóch dobach od splenektomii obserwujemy znaczny wzrost liczby płytek krwi ( do 1000 1500 G/l ). W celu zapobieżenia chorobie zakrzepowo-zatorowej należy stawać leczenie antyagregacyjne.

Po wykonanej splenektomii w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Słupsku pacjent otrzymuje zaświadczenie o wykonanym zabiegu. Zawiera ono informacje, iż poddano go splenektomii i w związku z tym zagrożony jest ciężkim przebiegiem infekcji dwoinką zapalenia płuc. Podane są daty wykonanych szczepień. Dodatkowo znajduje się informacja o koniecznej stałej antybiotykoterapii obejmującej szczególnie dzieci do 17 roku życia ( minimum 3 lata ) oraz dorosłych z chorobami przewlekłymi ( np. choroba nowotworowa, cukrzyca, wady serca ). Osoby dorosłe z grupy zwiększonego ryzyka do końca życia przyjmować powinny np. amoksylinę w dawce 2x250 mg.

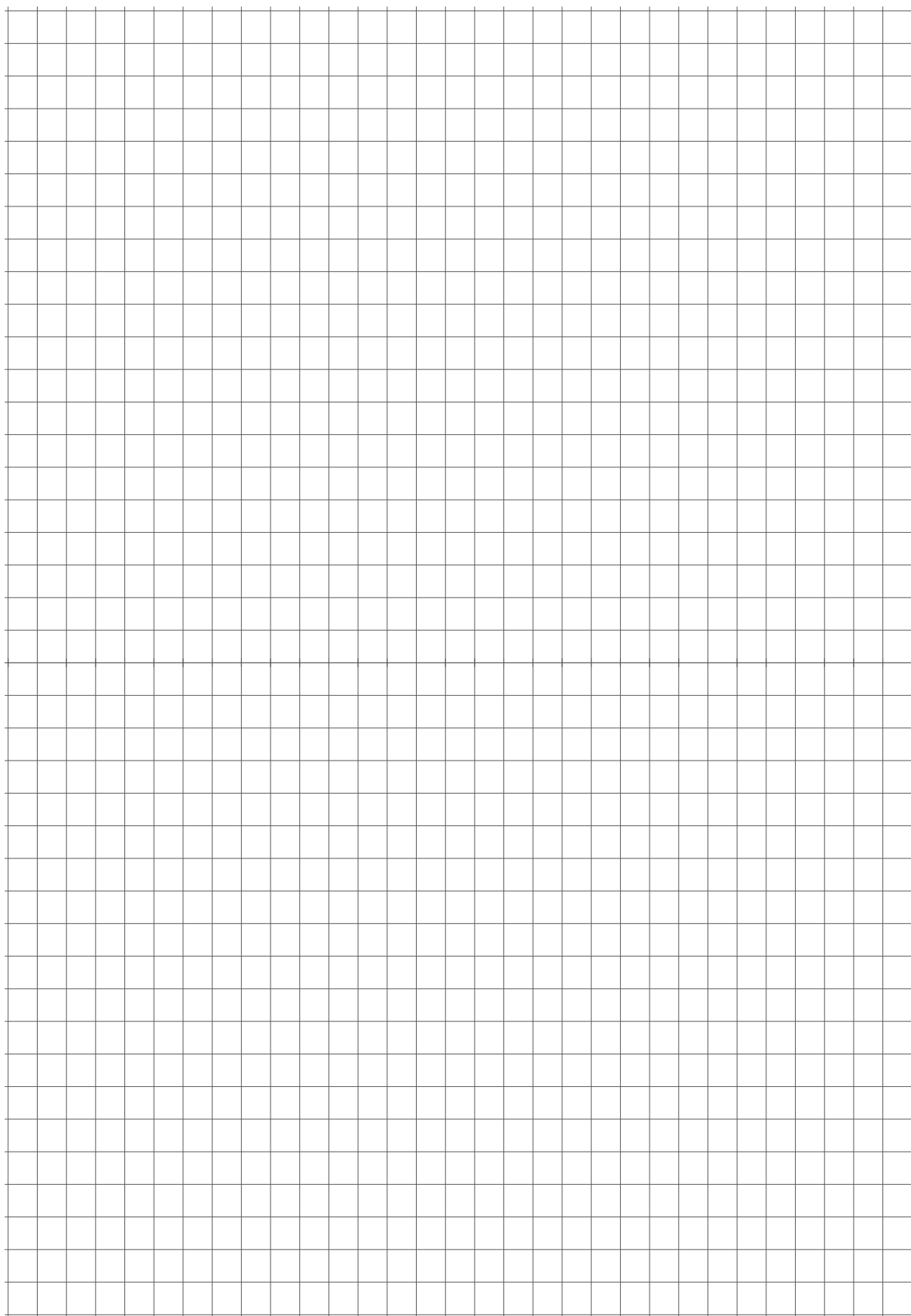


**NOTATKI:**

A large grid of graph paper, consisting of 20 columns and 30 rows of small squares, intended for taking notes.

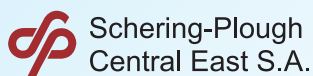


## NOTATKI:

A large grid of graph paper, consisting of 20 columns and 30 rows of small squares, intended for taking notes.



## SPONSORZY ZJAZDU



## PATRONAT MEDIALNY



## OBSŁUGA MEDIALNA



### PLAN DOJAZDU DO CENTRUM SZKOLENIOWO - WYPOCZYNKOWEGO "ENERGETYK" I OŚRODKA "JANTAR"

