

Nowotwory wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych
Powikłania zakrzepowo - zatorowe w chirurgii onkologicznej.



II USTECKIE DNI ONKOLOGICZNE

NOWOTWORY
Journal of Oncology



Pod Patronatem:

Prof. dr hab. med. Andrzeja SZAWŁOWSKIEGO
Konsultanta Krajowego d/s Chirurgii Onkologicznej

Doc. dr hab. n. med. Włodzimierza RUKI
Prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej

Prof. dr hab. med. Edwarda TOWPIKA
Redaktora Naczelnego Dwumiesięcznika Nowotwory Journal of Oncology



Drogie Koleżanki i Koledzy!

Wysoka ranga naukowa, organizacja i lokalizacja konferencji naukowych pn. "Usteckie Dni Onkologiczne" zyskały sobie bardzo dobrą opinię uczestników.

Kontynuacją tych spotkań będą organizowane w dniach 02 - 04 . IX . 2005 r. pod patronatem Konsultanta Krajowego ds. Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz redakcji czasopisma "Nowotwory":

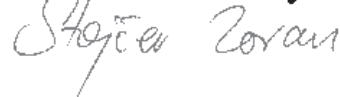
"II USTECKIE DNI ONKOLOGICZNE"

Konferencja poświęcona będzie problemom rozpoznawania i leczenia nowotworów wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych oraz powikłań zakrzepowo - zatorowych w chirurgii onkologicznej.

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:

Kazimierz Nycz - Ksiądz Biskup Ordynariusz

Tadeusz Podczarski - Dyrektor Departamentu Zdrowia

Urzędu Marszałkowskiego w Gdańsku

Andrzej Galubiński - Dyrektor Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego

Maciej Kobylański - Prezydent Miasta Słupska

Jacek Graczyk - Burmistrz Miasta Ustki

Komitet naukowy:

Dr. hab. n. med. Marek Dobosz

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Habior

Prof. dr hab. med. Jacek Jassem

Prof. dr hab. n. med. Janusz Jaśkiewicz

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kopacz

Prof. dr hab. med. Marek Krawczyk

Doc. dr hab. n. med. Janusz Wiesław Kruszewski

Prof. dr hab. n. med. Paweł Murawa

Dr hab. n. med. Jan Pertkiewicz

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Polański

Prof. dr hab. med. Marian Reinfuss

Doc. dr hab. n. med. Włodzimierz Ruka

Prof. dr hab. med. Grażyna Rydzewska

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Szawłowski

Prof. dr hab. med. Zbigniew Śledziński

Prof. dr hab. n. med. Edward Towpik

Prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Wronkowski

Komitet organizacyjny:

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku

Dr n. med. Zoran Stojčev

Dr n. med. Zbigniew Grzybowski

Lek. med. Maciej Pasieka

Lek. med. Cezary Kaczmarkiewicz

Lek. med. Krystian Oliński

Lek. med. Taras Stetsko

Lek. med. Janusz Grzybowski

mgr Elżbieta Wach

Anna Mielczarek - Sekretariat

Adres Komitetu Organizacyjnego:

Oddział Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku
ul. Kopernika 28, 76-200 Słupsk, tel./ fax 059 / 842 95 35, tel. kom. 889 140 227, e-mail: onkouстка@wp.pl

Opłatę zjazdową prosimy przekazywać na konto:

Stowarzyszenie Rozwoju Słupskiej Chirurgii Onkologicznej VESALIUS
Bank PEKAO S.A. I O/Słupsk, ul. Tuwima 30 - 84124037701111000045559211 z dopiskiem ZJAZD
do 15 lipca jedną kopię przekazu należy przesać na adres Komitetu Organizacyjnego.

Prosimy rezerwować noclegi bezpośrednio

w Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowym "Energetyk"
pod nr. tel. 059 / 815 23 00, 76-270 Ustka, ul. Kołciuszki 19 - do końca lipca..

Uwaga:

Liczba miejsc jest ograniczona. Pierwszeństwo mają ci uczestnicy, którzy nadesłali zgłoszenia wstępne.

Opłata zjazdowa:

Do 01.07.2005 r. - 220,00 zł.
Do 01.07.2005 r. - 150,00 zł - dla uczestników do 35 r. życia.
Po 01.07.2005 r. - 300,00 zł - dla wszystkich uczestników.
Uroczysty Bankiet - 160,00 zł.

Opłaty hotelowe:

Hotel "Energetyk": 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

Miejsca i daty:

- Konferencja odbywa się w dniach: 2 - 4 września 2005 r.
- Inauguracja Konferencji i Sesje Naukowe odbędą się w Centrum Szkoleniowo - Wypoczynkowym "Energetyk"
- **02 09 2005 r. - Piątek**
 - godz. 12.00 - Przyjazd i zakwaterowanie
 - godz. 15.00 - Inauguracja Konferencji
 - godz. 16.00 - Sesja Naukowa I
 - godz. 19.30 - Koncert: Chór KANTELE z I LO - laureat Ogólnopolskiego Festiwalu Chórów Szkolnych.
Natalia Sikora - laureatka Ogólnopolskiego Festiwalu Piosenki Aktorskiej
 - godz. 20.00 - Bankiet
- **03 09 2005 r. - Sobota**
 - godz. 9.00 - Sesja Naukowa II
 - godz. 12.30 - Obiad
 - godz. 15.30 - Sesja Naukowa III
 - godz. 18.30 - Rejs Statkiem po Bałtyku (ok. 3 godz.)
- **04 09 2005 r. - Niedziela**
 - godz. 9.00 - Śniadanie
 - po śniadaniu wyjazd uczestników
- Istnieje możliwość zarówno wcześniejszego przyjazdu jak i późniejszego wyjazdu, po wcześniejszej rezerwacji noclegów.
- Istnieje możliwość zwiedzenia Słowińskiego Parku Narodowego (jedyne w Europie ruchome wydmy), Skansenu w Klukach i połowu dorsza na Bałtyku.

Program spotkania:

2. IX. 2005 r. - Piątek

- 15.00 - 16.00 **Inauguracja**
- Prowadzenie - Krystyna DANILECKA - WOJEWÓDZKA
 - Powitanie uczestników - Dr med. Zoran STOJČEV - Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
 - Wystąpienia:
 1. Ryszard Stus - Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku
 2. Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI - Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej
 3. Doc. dr hab. n. med. Włodzimierz RUKA - Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej
 4. Prof. dr hab. med. Edward TOWPIK
- Redaktor Naczely Dwumiesięcznika Nowotwory Journal of Oncology
 5. Dr Tadeusz Podczarski - Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Gdańsku
 6. Maciej KOBYLINSKI - Prezydent Miasta Słupska
 7. Jacek GRACZYK - Burmistrz Miasta Uski
 8. Andrzej GALUBIŃSKI - Dyrektor Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego

- 16.00 - 18.00 **SESJA NAUKOWA I**
POWIKŁANIA ZAKRZEPOWO - ZATOROWE W CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
 - Występowanie - Zapobieganie - Leczenie
Prowadzący Sesję:
 Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI - Centrum Onkologii, Warszawa
 Prof. dr hab. med. Marek WOJTUKIEWICZ - Akademia Medyczna, Białystok
 Prof. dr hab. med. Janusz JAŚKIEWICZ - Akademia Medyczna, Gdańsk

WYKŁADY NA ZAPROSZENIE KOMITETU NAUKOWEGO

- 16.00 - 16.30 **Wykład wprowadzający:** Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI
 Centrum Onkologii, Warszawa
 „Problem kliniczny powikłań zakrzepowo - zatorowych w onkologii” – 30 min.
- 16.30 - 17.00 **dr med. Anna FIJAŁKOWSKA**
 Instytut Gruźlicy, Warszawa
 „Aktualne wytyczne profilaktyki i leczenia powikłań zakrzepowo - zatorowych u chorych na nowotwory w Polsce” – 30 min.
- 17.00 - 17.30 **Prof. dr hab. med. Marek WOJTUKIEWICZ**
 Akademia Medyczna, Białystok
 „Rola układu hemostazy w biologii nowotworów” – 30 min.
- 17.30 - 18.00 **Wykład Specjalny:** Prof. dr hab. med. Grażyna RYDZEWSKA
 Szpital MSWiA, Warszawa
 „Nowotwory neuroendokryjne - aktualny stan wiedzy na temat diagnostyki i leczenia” – 30 min.

19.30 KONCERT

20.00 BANKIET

3. IX. 2005 r. - Sobota

- 9.00 - 15.00 **SESJA NAUKOWA II**
NOWOTWORY WĄTROBY I DRÓG ŻÓŁCIOWYCH ZEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
Prowadzący Sesję:
 Prof. dr hab. med. Marek KRAWCZYK - Akademia Medyczna, Warszawa
 Prof. dr hab. med. Jerzy POLAŃSKI - Akademia Medyczna, Warszawa
 Prof. dr hab. med. Andrzej KOPACZ - Akademia Medyczna, Gdańsk

WYKŁADY NA ZAPROSZENIE KOMITETU NAUKOWEGO

- 9.00 - 9.20 **Prof. dr hab. med. Zbigniew WRONKOWSKI**
 Centrum Onkologii, Warszawa
 „Epidemiologia nowotworów wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych w Polsce i na świecie”
 - 20 min.

- 9.20 - 9.40 **Prof. dr hab. med. Andrzej HABIOR**
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa
„Spojrzenie gastroenterologa na nowotwory wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych”
- 20 min.
- 9.40 - 10.00 **Doc. dr hab. med. Anna NASIEROWSKA - GUTTMEJER**
Centrum Onkologii, Warszawa
„Diagnostyka patomorfologiczna nowotworów wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych”
- 20 min.
- 10.00 - 10.20 PRZERWA NA KAWĘ
- 10.20 - 10.30 **Prof. dr hab. med. Andrzej SZAWŁOWSKI, Katarzyna NIEŚCIOR**
Centrum Onkologii, Warszawa
„Nowotwory złośliwe wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych: Problem onkologiczny czy chirurgiczny?” - 10 min.
- 10.30 - 11.00 **Prof. dr hab. med. Marek KRAWCZYK**
Akademia Medyczna, Warszawa
„Leczenie chirurgiczne nowotworów wątroby: Aktualny stan wiedzy” - 30 min.
- 11.00 - 11.30 **Prof. dr hab. med. Jerzy POLAŃSKI**
Akademia Medyczna, Warszawa
„Leczenie chirurgiczne nowotworów dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych: Aktualny stan wiedzy”
- 30 min.
- 11.30 - 12.00 **Dr med. Krzysztof JEZIORSKI**
Centrum Onkologii, Warszawa
„Współczesne możliwości chemioterapii nowotworów złośliwych wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych” - 30 min.
- 12.00 - 12.30 **Dr med. Zuzanna GUZEL - SZCZEPIÓRKOWSKA**
Centrum Onkologii, Warszawa
„Radioterapia pooperacyjna raka dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych” - 30 min.
- 12.30 - 14.00 PRZERWA NA OBIAD
- 14.00 - 14.30 **Prof. dr hab. med. Zbigniew ŚLEDZIŃSKI**
Akademia Medyczna, Gdańsk
„Radiotermaablacja w leczeniu guzów litych wątroby: Aktualny stan wiedzy” - 30 min.
- 14.30 - 15.00 **Dr med. Jan PERTKIEWICZ**
ZOZ OLYMPUS, Warszawa
„Zastosowanie chirurgii endoskopowej w paliatywnym leczeniu nowotworów wątroby i dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych: Aktualny stan wiedzy” - 30 min.
- 15.00 - 15.30 PRZERWA NA KAWĘ
- 15.30 - 17.00 **SESJA NAUKOWA III**
Prowadzący Sesję:
Prof. dr hab. med. Andrzej W. SZAWŁOWSKI - Centrum Onkologii, Warszawa
Prof. dr hab. med. Zbigniew ŚLEDZIŃSKI - Akademia Medyczna, Gdańsk
Dr hab. med. Marek DOBOSZ - Akademia Medyczna, Gdańsk
Dr hab. med. Janusz Wiesław KRUSZEWSKI - Akademia Medyczna, Gdańsk
- DONIESIENIA ORYGINALNE**
- 15.30 - 15.45 Andrzej Król,
Anaesthetic Department, St George's Hospital
Leczenie bólu pooperacyjnego- stan aktualny z porównaniem doświadczeń polskich i brytyjskich
- 10 min. + 5 min. dyskusja

- 15.45 - 16.00 W. Polkowski¹, E. Starostawska², M. Lewicka¹, B. Budny², B. Gąbczyńska², W. Budny¹, A. Kurylcio¹, J. Mielko¹, R. Wierzbicki¹, A. Stanisławek¹.
¹Klinika Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie; ²I Oddział Chemioterapii Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
WPŁYW LECZENIA IRINOTEKANEM NA RESEKCYJNOŚĆ PRZERZUTÓW RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY. - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 16.00 - 16.15 Ryszard Wierzbicki¹, Andrzej Kurylcio¹, Jerzy Mielko¹, Barbara Wakowicz², Andrzej Stanisławek¹, Witold Budny¹, Wojciech Polkowski¹.
¹Klinika Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie; ²Pracownia Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie
NOWOTWORY ZEWNĄTRZWĄTROBOWYCH DRÓG ŻÓŁCIOWYCH PRZEBIEGAJĄCE BEZ ŻÓŁTACZKI MECHANICZNEJ - OPIS PRZYPADKÓW. - 10 min. + 5 min. dyskusji
- 16.15 - 16.30 Kozera J., Starzewski J., Rojek M., Dyaczyński M., Grzyb M., Wylęzek D.
 Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Koloproktologicznej ŚAM
 Kierownik: Prof. zw. dr hab. med. Jacek Starzewski
 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 w Sosnowcu im. f.w. Barbary
TERMOABLACJA RF ORAZ ALKOHOLIZACJA NOWOTWORÓW I CHEMOEMBOLIZACJA PIERWOTNYCH I WTÓRNYCH WĄTROBY DONIESIENIE WSTĘPNE - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 16.30 - 16.45 Jacek Starzewski, Zbigniew Lorenc, Jarosław Kozera, Dariusz Wylęzek, Michał Dyaczyński, Iwona Pawełczyk, Michał Grzyb, Krupa Renata
 Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Koloproktologicznej ŚAM
 Kierownik: Prof. zw. dr hab. med. Jacek Starzewski
 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Św. Barbary
WYNIKI CHIRURGICZNEGO LECZENIA PRZERZUTÓW RAKA KOLOREKTALNEGO DO WĄTROBY - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 16.45 - 17.00 Zbigniew Kula¹, Tomasz Pietrzak², Katarzyna Kobus-Błachnio², Zdzisław Zuchora², Wojciech Zegarski³
¹Poradnia Gastroenterologiczna z Paracownią Endoskopową Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. ²Zakład Medycyny Nuklearnej Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. ³Klinika Chirurgii Onkologicznej AM w Bydgoszczy UMK w Toruniu Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
WARTOŚĆ KLINICZNA PET/CT W ROZPOZNAWANIU, OCENIE ZAAWANSOWANIA ORAZ LECZENIU PRZERZUTÓW DO WĄTROBY U CHORYCH PO OPERACJI RAKA JELITA GRUBEGO - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 17.00 - 17.15 Mariusz Kryj, Marcin Zeman, Maciej Widel, Andrzej Chmielarz, Ewa Chmielik, Elżbieta Nowara, Ewa Stobiecka, Mirosław Strączyński, Magdalena Lasek-Kryj
 Centrum Onkologii Instytut w Gliwicach, 44-100 Gliwie, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15
RESEKCJE WĄTROBY W MATERIALE KLINIKI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ INSTYTUTU ONKOLOGII W GLIWICACH. - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 17.15 - 17.30 M. Talarek
 Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa
OGÓLNOPOLSKI PROGRAM OCENY WYSTĘPOWANIA NIEDOŻYWIENIA U PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO I PŁUCA. - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 17.30 - 17.45 B. Jagielska*, A. Szawłowski, P. Saramak, E. Kraszewska**, E. Stachurska***
 Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Przewodu Pokarmowego: *Klinika Nowotworów głowy i Szyi, **Zakład Biostatystyki Medycznej, ***Zakład Biochemii Klinicznej Centrum Onkologii - Centrum Onkologii Nowotworów w Warszawie.
ANALIZA ZABURZEŃ KRZEPNIĘCIA U CHORYCH NA RAKI ŻOŁĄDKA LECZONYCH CHIRURGICZNIE - DONIESIENIA WSTĘPNE. - 10 min. + 5 min. dyskusja
- 18.00 ZAKOŃCZENIE SYMPOZJUM
- 18.30 REJS STATKIEM PO BAŁTYKU

Andrzej Król,

Anaesthetic Department, St George's Hospital

LECZENIE BÓLU POOPERACYJNEGO - STAN AKTUALNY Z PORÓWNANIEM DOŚWIADCZEŃ POLSKICH I BRYTYJSKICH

Pacjent poddający się zabiegowi operacyjnemu oczekując wyleczenia lub poprawy stanu zdrowia przeważnie akceptuje niedogodności, dyskomfort, ból i cierpienie związane z zabiegami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Przy stosowaniu coraz to nowszych technik operacyjnych, zmniejszeniu inwazyjności zabiegów, poprawie technik anestezjologicznych, monitorowania i opieki pooperacyjnej, leczenie bólu pooperacyjnego jest obowiązkiem lekarza i pielęgniarki.

Skutki niewystarczającego leczenia bólu pooperacyjnego mają nie tylko wymiar humanitarny, ale też ekonomiczny. Mogą prowadzić do powstania przewlekłych zespołów bólowych, przedłużonej niezdolności do pracy, a nawet inwalidztwa, utrudnia rehabilitację, mobilizację pacjenta, a tym samym zwiększa ryzyko powikłań pooperacyjnych i przedłuża hospitalizację.

Zasady leczenia bólu pooperacyjnego są dość proste, ale mimo to niedostatecznie stosowane w praktyce.

Opioidy są złotym standardem i ich dożylnie podawanie za pomocą sytemów PCA jest obecnie powszechne zapewniając komfort pacjenta przy minimalnym zaangażowaniu personelu i niewielkiej ilości powikłań

Wszystkie stosowane preparaty mają działania niepożądane i ich skojarzenie pozwala na uzyskanie maksymalnego efektu przeciwbólowego przy minimalnych działaniach ubocznych.

Rutynowe stosowanie paracetamolu

w odpowiedniej dawce pozwala na zmniejszeniu zużycia opioidu nawet o 20%.

NLPZ to kolejna grupa niezwykle użytecznych leków, ale nie wszyscy pacjenci kwalifikują się do ich stosowania (skala ARAMIS). Wprowadzenie nowych preparatów inhibitorów COX II zakończyło się wycofaniem niektórych z nich z rynku.

Stosowanie metod analgezji regionalnej jako jedynej metody anestezji lub w kombinacji ze znieczuleniem ogólnym i przedłużenie jej na okres pooperacyjny jest bardzo skuteczne i przy odpowiednim wykonaniu odsetek powikłań niewielki 1/3500. Najczęściej stosowane są ciągłe blokady centralne (zewnętrzno i podpajęczynówkowe), ciągłe blokady spłotów i nerwów obwodowych np. spłotu ramiennego, łędzwiowego, blokady przykręgowce, międzyżebrowe, doopłucnowe, nerwów biodrowych, udowego, kulszowego.

W Polsce znieczulenie regionalne od lat jest nieodłączną częścią praktyki anestezjologicznej, w Wielkiej Brytanii zainteresowanie tymi technikami znacznie wzrosło w ciągu ostatnich pięciu lat

Mimo relatywnej prostoty tych działań wymagają one dobrej organizacji, prowadzenia dokumentacji i ciągłej edukacji personelu. Przydatne jest opracowanie wytycznych postępowania dobranych indywidualnie do potrzeb, specyfiki i możliwości jednostki służby zdrowia.

Pierwszy Zespół Leczenia Bólu Pooperacyjnego powstał w Kiel w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia.

Obecnie w Anglii w prawie 90% szpitali działa Acute Pain Service. Opiera się on głównie na pracy wyszkolonych pielęgniarek koordynowanej przez anestezjologa (ów)

W Polsce zespoły takie istnieją w 6,5% szpitali i dotyczy to przeważnie ośrodków klinicznych i tych gdzie pracują entuzjaści i pasjonaci.

Czy potrzebna jest tak zorganizowana usługa w Polskich szpitalach?

Czy potrzebne są ogólnie dyrektywy?

Czy problem finansowy jest największą przeszkodą?

Czy niedostrzeżenie problemu oznacza, że on nie istnieje?

Czy działalność akademicka i edukacja podyplomowa wystarczająca?

Zapraszam do dyskusji.

W. Polkowski¹, E. Starostawska², M. Lewicka¹, B. Budny², B. Gąbczyńska², W. Budny¹, A. Kurylcio¹, J. Mielko¹, R. Wierzbicki¹, A. Stanisławek¹.

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie; ²I Oddział Chemioterapii Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

WPLYW LECZENIA IRINOTEKANEM NA RESEKCYJNOŚĆ PRZERZUTÓW RAKA JELITA GRUBEGO DO WĄTROBY.

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Resekcja wątroby jest jedynym leczeniem, które stwarza możliwość wydłużenia czasu przeżycia u chorych na raka jelita grubego z przerzutami do wątroby. Resekcja wątroby może być wykonana jedynie u 10-20% chorych, ze względu na mnogie przerzuty w obu płatach wątroby lub naciekanie żył wątrobowych czy gałęzi głównych żyły wrotnej. W przypadkach pierwotnie nieresekcyjnych chemioterapia może spowodować zmniejszenie masy przerzutów, co umożliwiłoby wykonanie radykalnej resekcji u chorych z pierwotnie nieresekcyjnymi przerzutami do wątroby. Ostatnio pojawiła się możliwość leczenia chorych na raka jelita grubego z przerzutami do wątroby za pomocą programu terapeutycznego CLF1 (irinotekan/5-Fu). Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu leczenia wg schematu CLF1 na wskaźnik resekcyjności zmian przerzutowych w wątrobie u chorych na raka jelita grubego.

PACJENCI I METODY

W okresie od stycznia do grudnia 2004 r., leczono łącznie 60 chorych na raka jelita grubego z przerzutami odległymi wg schematu CLF1, tj. irinotekan 180 mg/m² 1 dzień, 5-Fu 400 mg/m² 1 dzień oraz 600 mg/m² 2 dzień (wlew 48 godz.) co 14 dni. Z tej liczby, przerzuty do wątroby były jedynym miejscem rozsiewu nowotworu u 29 chorych (48%).

WYNIKI

Do pierwotnego leczenia operacyjnego zakwalifikowano 11 chorych. U 4 chorych zabieg operacyjny ograniczono do laparotomii zwiadowczej ze względu na większe zaawansowanie choroby niż wskazywały diagnostyczne badania przedoperacyjne, a następnie zakwalifikowano do leczenia CLF1. U 7 chorych wykonano następujące zabiegi resekcyjne: hemihepatektomia 3 (w tym 1 rozszerzona prawostronna, 1 prawo- i 1 lewostronna), bisegmentectomia 3 (w tym u 1 chorej zmiany w obu płatach wątroby), (mono)segmentectomia 1. Natomiast spośród 18 chorych z pierwotnie nieresekcyjnymi przerzutami do wątroby, w wyniku stwierdzonej w badaniach obrazowych częściowej odpowiedzi na zastosowane leczenie irinotekanem, 3 chorych zakwalifikowano do wtórnej operacji. Jedynie u 1 chorego wykonano resekcję wątroby (1/18+4; resekcyjność 4,5%).

WNIOSKI

Zastosowanie chemioterapii irinotekanem u chorych z nieresekcyjnymi (lub o granicznej resekcyjności) przerzutami raka jelita grubego do wątroby, z reguły nie pozwala na uzyskanie odpowiedzi umożliwiającej wykonanie resekcji przerzutów.

Ryszard Wierzbicki¹, Andrzej Kurylcio¹, Jerzy Mielko¹, Barbara Wakowicz², Andrzej Stanisławek¹, Witold Budny¹, Wojciech Polkowski¹.

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie; ²Pracownia Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

NOWOTWORY ZEWNĄTRZĄTROBOWYCH DRÓG ŻÓŁCIOWYCH PRZEBIEGAJĄCE BEZ ŻÓŁTACZKI MECHANICZNEJ - OPIS PRZYPADKÓW.

Rak dróg żółciowych (RDŻ; cholangiocarcinoma), rozwija się: 1. proksymalnie, w obrębie dróg wewnątrz-wątrobowych, przewodu wątrobowego wspólnego i żółciowego wspólnego do górnego poziomu głowy trzustki, lub 2. dystalnie, gdy dotyczy wewnątrztrzustkowego odcinka przewodu żółciowego wspólnego.

W części proksymalnej najczęściej stwierdza się guz wnętrzy wątroby, tzw. „guz Kaltskina” (2,10).

Etiologia RDŻ nie jest w pełni znana, występuje on najczęściej po 60 roku życia, Zaobserwowano częstsze występowanie RDŻ u chorych z wrodzonymi anomaliami dróg żółciowych, takich jak torbiele, oraz u chorych z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych.

Dominującym objawem RDŻ jest żółtaczką, która spowodowana jest przez zwężenie lub zatkanie dróg żółciowych. Najczęściej przebiega powoli i bezbólowo. Inne objawy nie charakterystyczne to: wyniszczenie i osłabienie.

Badaniem przedmiotowym stwierdza się zazwyczaj powiększoną wątrobę. Niekiedy obserwuje się tzw. objaw Courvoisiera. Wyniki badań analitycznych są charakterystyczne dla żółtaczki mechanicznej.

Podstawowym badaniem wspomagającym postawienie właściwego rozpoznania jest USG, w którym zauważa się odcinkowe lub całkowite poszerzenie dróg żółciowych. Badania, które mogą ustalić rozpoznanie to MRCP (cholangiografia metoda rezonansu jądrowego) i ECPW (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna) (1,4,7), umożliwiającą uzyskanie materiału do badania cytologicznego. Spiralna tomografia komputerowa jamy brzusznej jest pomocna w ustaleniu resekcyjności guza, jego wielkości, określeniu jego lokalizacji w stosunku do układu żyły wrotnej oraz wykrycie ewentualnych przerzutów (3,9).

Celem leczenia powinno być radykalne wycięcie guza z odtworzeniem drenażu żółci do przewodu pokarmowego. Możliwe jest ono tylko u 10-15% chorych. Śmiertelność towarzysząca radykalnym zabiegom jest wysoka, ok. 10%, a częstość powikłań sięga 30%. Rokowanie jest złe, średnia przeżycia wynosi 5 miesięcy.

Celem niniejszej pracy jest prezentacja dwóch przypadków RDŻ przebiegających bez objawów żółtaczki mechanicznej:

1. Kobieta lat 65, u której stwierdzono w badaniach ECPW i CT jamy brzusznej RDŻ, umiejscowionego w części proksymalnej. Wśród objawów chorobowych nie stwierdzono żółtaczki mechanicznej. Chora przeżyła operację w trybie planowym. Wykonano: Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego i wątrobowego wspólnego. Hepatico-jejunostomia m. Roux-en-Y. Cholecystectomy. Rozpoznanie histopatologiczne: Adenocarcinoma ducti choledochi. Marginesy resekcji wolne od utkania raka. Przebieg pooperacyjny niepowikłany, wypisana do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym w 7 dobie pooperacyjnej. Pozostaje w obserwacji bez objawów choroby 11 miesięcy.
2. Mężczyzna lat 40, u którego stwierdzono RDŻ części dystalnej. Rozpoznanie postawiono na podstawie badania MRCP. Również w okresie do rozpoznania nie wystąpiła żółtaczką mechaniczna, jako dominujący objaw chorobowy. Operowany w trybie planowym. Rodzaj operacji: Pancreatoduodenectomy m. Traverso-Longmire (z zaoszczędzeniem odźwiernika). Cholecystectomy. Rozpoznanie histopatologiczne: Adenoma tubulovillosum partis distalis ducti choledochi. Przebieg pooperacyjny niepowikłany, wypisany do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, w 10 dobie pooperacyjnej. Pozostaje w obserwacji bez objawów choroby 6 miesięcy.

WNIOSKI: Wczesne rozpoznanie RDŻ, z użyciem wyskospecjalistycznych badań obrazowych, w okresie, kiedy nie wystąpiły jeszcze typowe objawy RDŻ w postaci żółtaczki mechanicznej, a jedynie objawy niecharakterystyczne, pozwalają na radykalną resekcję zmiany i zwiększają szansę na długie przeżycie chorych.

Kozera J., Starzewski J., Rojek M., Dyaczyński M., Grzyb.M., Wylęzek D.

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Koloproktologicznej ŚAM

Kierownik: Prof. zw. dr hab. med. Jacek Starzewski

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 w Sosnowcu im. f.w. Barbary

41200 Sosnowiec Plac Medyków 1

TERMOABLACJA RF ORAZ ALKOHOLIZACJA NOWOTWORÓW I CHEMOEMBOLIZACJA PIERWOTNYCH I WTÓRNYCH WĄTROBY DONIESIENIE WSTĘPNE

Liczba nowotworów pierwotnych i wtórnych w wątrobie zwiększa się. Zaawansowanie choroby i stan kliniczny chorych, dyskwalifikuje ok.70% z nich od leczenia radykalnego. Rozwój alternatywnych, paliatywnych metod leczenia daje tej grupie chorych szansę na poprawę komfortu życia i wydłużenie czasu przeżycia.

Celem pracy jest przedstawienie własnych wyników leczenia metodą termoaablacji radiofrekwencyjnej/TA/ oraz alkoholizacji /PEI/ i chemoembolizacji w nieresekcyjnych pierwotnych i wtórnych nowotworach wątroby.

Materiał i metoda: W okresie maj 2000 - maj 2005 w tutejszym ośrodku leczono 119 chorych z nowotworami pierwotnymi i wtórnymi wątroby.

Metodami nieresekcyjnymi leczono 78 chorych: u 6 chorych wykonano embolizację prawej tętnicy wątrobowej metodą naczyniową, u 54 chorych wykonano termoaablację przezskórną /TA 8 chorych/ lub skojarzoną /TA+PEI u 38 chorych/ lub z TA+10% NaCl u 8 chorych TA+10%NaCl/ Wykonano zniszczenie 2-6 przerzutów do obu płatów wątroby /19-nowotwory pierwotne + 35-nowotwory wtórne/, u 6 chorych wykonano termoaablację fródoperacyjną przerzutów do obu płatów wątroby, u 12 chorych wykonano przezskórną lub fródoperacyjną alkoholizację przerzutów do wątroby.

Kwalifikację do leczenia nieresekcyjnego oparto na badaniach biochemicznych krwi, usg, angio CT lub dynamicznym NMR, BAC, poziomach markerów nowotworowych: CEA, Ca 19.9, AFP, TPS, oraz rtg kl. piersiowej. W leczeniu operacyjnym uwzględniono wiek chorych, wydolność krążeniowo-oddechową oraz zgodę chorego na zakres leczenia.

Wyniki: Spośród poddanych leczeniu chorych obserwowano następujące powikłania: wzrost ciepłoty ciała u 64 chorych /83%/, bóle pod prawym łukiem żebrowym u 37 chorych /48%/, bilioma u 1 chorej /1,7%/, leczony skutecznie nakłuciem i drenażem pod kontrolą usg, postępująca niewydolność wątroby prowadząca do zgonu z cechami niewydolności wielonarządowej u 8 chorych z czego 4 w bezpośrednim okresie pooperacyjnym /wszyscy z pierwotnymi nowotworami wątroby/.

Z przedstawionej grupy chorych w okresie 54 miesięcznej obserwacji /TA-28mies./ zmarło 18 chorych /23%/: 6 chorych po TA-/10%/, 5 chorych po embolizacji /80%/, oraz 7 chorych po alkoholizacji przerzutów /60%/, z czego w grupie nowotworów pierwotnych 15 chorych /13 chorych Child C, 2 chorych Child B/, brak kontaktu z 2 chorymi.

Wnioski:

1. Termoaablacja radiofrekwencyjna jest bezpieczną i alternatywną metodą leczenia chorych z nowotworami wątroby, przy dyskwalifikacji do zabiegów resekcyjnych.
2. Wczesne wyniki leczenia nowotworów pierwotnych i wtórnych metodami nieoperacyjnymi w materiale własnym są obiecujące, ale wymagają zweryfikowania w odległej obserwacji.

Jacek Starzewski, Zbigniew Lorenc, Jarosław Kozera, Dariusz Wylęzek, Michał Dyaczyński, Iwona Pawełczyk, Michał Grzyb, Krupa Renata

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Koloproktologicznej ŚAM

Kierownik: Prof. zw. dr hab. med. Jacek Starzewski

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Św. Barbary, 41-200 Sosnowiec, Plac Medyków 1

WYNIKI CHIRURGICZNEGO LECZENIA PRZERZUTÓW RAKA KOLOREKTALNEGO DO WĄTROBY

Przerzuty do wątroby są poważnym problemem w chirurgii raka jelita grubego (RJG). Ich obecność u około 1/3 chorych z RJG znacznie pogarsza odległe wyniki leczenia. Radykalne chirurgiczne leczenie przerzutów pozwala u ponad 40% chorych na uzyskanie długotrwałego przeżycia. Celem pracy jest ocena własnych wyników chirurgicznego leczenia chorych z RJG z towarzyszącymi przerzutami do wątroby.

Materiał: W okresie maj 2000 - maj 2005 leczono operacyjnie 56 chorych (31 kobiet i 25 mężczyzn) w średnim wieku 62 lat z powodu przerzutów RJG do wątroby. W tej grupie w 40 przypadkach wykonano radykalne resekcje wątroby (31 anatomicznych i 9 nieanatomicznych). Kwalifikację do operacji dokonywano w oparciu o USG, angio-TK lub NMR a także badania biochemiczne wydolności wątroby, poziom markerów nowotworowych (CEA, CA 19-9, TPS) oraz rtg płuc.

Wyniki: Z całej grupy 56 chorych zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego u 16 (28,6%) fródoperacyjnie odstąpiono od resekcji ze względu na stwierdzenie cech rozsiewu nowotworowego niewidocznych w trakcie diagnostyki przedoperacyjnej (zmienione przerzutowo węzły chłonne w więzadle wątrobowo-dwunastniczym, płyn w jamie brzusznej, dodatkowe ogniska przerzutów). W grupie 40 chorych poddanych resekcji w okresie okołoperacyjnym zmarło 2 (5%) z powodu niewydolności wielonarządowej i zawału mięśnia sercowego a w dalszym okresie obserwacji (od 2 miesięcy do 5 lat) kolejnych 8 (20%) wskutek rozwoju choroby nowotworowej (5 po resekcji anatomicznej i 3 po nieanatomicznej). U 5 chorych (12,5%) koniecznym był drenaż zbiorników płynowych w łożu po resekcji wątroby, u 4 (10%) punkcja płynu w prawej jamie opłucnowej. 16 chorych poddanych jedynie laparotomii w dalszym okresie zakwalifikowano do zabiegów termoaablacji lub alkoholizacji, aktualnie w obserwacji ambulatoryjnej pozostaje 4 (25%).

Wnioski: Resekcje wątroby z powodu przerzutów raka kolorektalnego choć obciążone ryzykiem wystąpienia powikłań poprawiają odległe wyniki leczenia u chorych na RJG z towarzyszącymi przerzutami do wątroby.

Zbigniew Kula¹, Tomasz Pietrzak², Katarzyna Kobus-Błachnio², Zdzisław Zuchora², Wojciech Zegarski³

¹Poradnia Gastroenterologiczna z Paracownią Endoskopową Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. ²Zakład Medycyny Nuklearnej Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy. ³Klinika Chirurgii Onkologicznej AM w Bydgoszczy UMK w Toruniu Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

WARTOŚĆ KLINICZNA PET/CT W ROZPOZNAWANIU, OCENIE ZAAWANSOWANIA ORAZ LECZENIU PRZERZUTÓW DO WĄTROBY U CHORYCH PO OPERACJI RAKA JELITA GRUBEGO

Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) i połączenie PET z tomografią komputerową (PET/CT) znajduje coraz powszechniejsze zastosowanie u chorych na rakiem jelita grubego.

W przypadku nawrotu raka jelita grubego po leczeniu operacyjnym badanie PET pozwala na rozpoznanie wznowy i ocenę klinicznego stopnia zaawansowania choroby wówczas gdy inne badania obrazowe są prawidłowe lub nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania.

Celem pracy była wstępna ocena badania PET/CT całego ciała w rozpoznawaniu, ocenie zaawansowania oraz leczeniu przerzutów do wątroby u chorych po operacji raka jelita grubego.

Materiał i metoda: Analizą objęto 74 chorych po leczeniu operacyjnym raka jelita grubego, u których w badaniu PET/CT z użyciem 18-F-fluorodeoksyglukozy (FDG) stwierdzono ogniska wzmożonego wychwytu radioizotopu w wątrobie. Wyniki badania PET/CT porównano z konwencjonalnymi metodami obrazowania (badania radiologiczne, ultrasonografia, tomografia komputerowa), oceną przedoperacyjną, badaniem histopatologicznym materiału pooperacyjnego oraz przebiegiem klinicznym choroby (follow-up).

Wyniki: Ogniska wzmożonego wychwytu FDG tylko w wątrobie stwierdzono u 24 chorych (32,4%), w tym u 11 osób pojedynczo, u 7 osób od 2 do 4, a u 6 osób mnogie. U 50 chorych wykazano ogniska wychwytu FDG poza wątrobą, w tym u 23 w węzłach chłonnych jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, u 15 osób w płucach, u 7 osób wznowę miejscową, u 2 osób w kościach, u 2 osób w otrzewnej, u 1 osoby w powłokach jamy brzusznej. U 6 (8,1%) chorych stwierdzono ogniska wzmożonego wychwytu FDG w wątrobie, a u 9 (12,2%) chorych poza wątrobą, które nie rozpoznano konwencjonalnymi metodami diagnostycznymi. Wynik badania PET/CT miał wpływ na zmianę stopnia zaawansowania klinicznego wznowy nowotworu i odstąpienie od leczenia operacyjnego u 16 osób (21,6%).

Wnioski:

1. Badanie PET/CT u chorych po leczeniu operacyjnym raka jelita grubego umożliwia wcześniejsze rozpoznanie wznowy niż konwencjonalne metody diagnostyczne.
2. Zastosowanie badania PET/CT u chorych z przerzutami raka jelita grubego do wątroby poprawia dokładność oceny stopnia klinicznego zaawansowania choroby.
3. U chorych przed planowanym leczeniem operacyjnym przerzutów raka jelita grubego do wątroby wynik badania PET/CT ma wpływ na zmianę decyzji terapeutycznych.

Mariusz Kryj, Marcin Zeman, Maciej Wideł, Andrzej Chmielarz, Ewa Chmielik, Elżbieta Nowara, Ewa Stobiecka, Mirosław Strączyński, Magdalena Lasek-Kryj

Centrum Onkologii Instytut w Gliwicach, 44-100 Gliwie, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15

RESEKCJE WĄTROBY W MATERIALE KLINIKI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ INSTYTUTU ONKOLOGII W GLIWICACH.

W Klinice Chirurgii Onkologicznej Instytutu Onkologii w Gliwicach chorych, w latach 2000-2004, u 37 chorych wykonano resekcję części wątroby z intencją zabiegu radykalnego z powodu nowotworu. Wykonano 30 resekcji (81%) z powodu przerzutów raka jelita grubego oraz 7 resekcji (9%) z powodu pierwotnego raka wątroby. W 23 przypadkach (62%) były to hemihepatektomie, w 9 przypadkach (24%) segmentektomie a w pozostałych 5 przypadkach (14%) metastasektomie.

Szczegółowej analizie poddano grupę 30 chorych (14 kobiet i 16 mężczyzn) na raka jelita grubego z przerzutami do wątroby. Ognisko pierwotne u 16 chorych (53%) zlokalizowane było w odbytnicy, w pozostałych 14 przypadkach (47%), w okrężnicy. Średni wiek chorych wynosił 58 lat. U wszystkich chorych operacja ogniska pierwotnego miała charakter radykalny. Mediana czasu ujawnienia przerzutów w wątrobie w badanej grupie chorych wyniosła 10 miesięcy (0-37 miesięcy). W 9 przypadkach przerzuty były obecne w czasie operacji ogniska pierwotnego. W 5 przypadkach jednocześnie wykonano resekcję wątroby, w pozostałych 4 przypadkach odroczone ją o 2-3 miesiące. Ocena histopatologiczna materiału pooperacyjnego w 2 przypadkach ujawniła mikroskopową nieradykalność przeprowadzonej resekcji.

Przeżycie bezobjawowe obliczone po 24 miesiącach wyniosło 37,5%. Znamienne ($p=0.04$) wpływ na skrócenie czasu przeżycia miało zaawansowanie ogniska pierwotnego N2, okołoperacyjne przetoczenia masy erytrocytarnej, oraz liczba ognisk przerzutów.

M. Talarek

Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

OGÓLNOPOLSKI PROGRAM OCENY WYSTĘPOWANIA NIEDOŻYWIENIA U PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI PRZEWODU POKARMOWEGO I PŁUCA.**CEL**

Celem pracy była cena występowania niedożywienia u kolejnych hospitalizowanych pacjentów z chorobą nowotworową przewodu pokarmowego i układu oddechowego.

MATERIAŁ I METODY

Badanie prowadzono w 36 ośrodkach. Ocenę przeprowadzano za pomocą kwestionariusza. Zbierano następujące informacje: dane biometryczne pacjenta (płeć, wiek, waga, wzrost, masa ciała), rozpoznanie, cel i tryb hospitalizacji, ubytek masy ciała, stężenie albumin w osoczu oraz liczba limfocytów we krwi obwodowej. Na podstawie wywiadu i badania fizykalnego określano „Subiektywną Ocenę Stanu Odżywienia” (SGA) oraz wyznano zalecenia żywieniowe wg czterostopniowej skali „Ocena Stopnia Niedożywienia” (OSN, wg Ottery, 2001)

WYNIKI

Łączna liczba ocenionych pacjentów 2553, w tym 64,9% z nowotworem przewodu pokarmowego, 29,8% z nowotworem układu oddechowego i 5,2% z innym nowotworem. Wśród pacjentów z nowotworem przewodu pokarmowego najczęstszy był rak jelita grubego (31,6%), następnie odbytnicy (21,7%), żołądka (17,9%), trzustki (8,2%), przełyku (7,2%), głowy i szyi (5,3%), wątroby (3,6%), dróg żółciowych (3,1%) i jelita cienkiego (1,2%). W grupie pacjentów z nowotworem układu oddechowego rak niedrobnokomórkowy stanowił 67,5%, rak drobnokomórkowy 25,3%. U 37,3% pacjentów stwierdzono hypoalbuminemię. U 22% chorych BMI był poniżej dolnej granicy normy. Odżywienie pacjentów wg skali SGA oceniono następująco: A - 51,1%, B- 39,3%, C - 9,7%. Odżywienie wg skali SGA wśród chorych z nowotworem przewodu pokarmowego: A 48,0%, B 40,8%, C 11,2%. Odżywienie wg skali SGA u chorych z nowotworem układu oddechowego: A 55,4%, w B 37,4%, w C 7,2%. W grupie nowotworów przewodu pokarmowego niedożywienie (B lub C wg SGA) stwierdzono u 88,3% chorych z rakiem przełyku, 79,1% z rakiem żołądka, 69,5% z rakiem wątroby, 68,7% z rakiem trzustki, 62,7% z rakiem dróg żółciowych i 55,0% z rakiem jelita cienkiego. U 64,2% pacjentów z rakiem okrężnicy i odbytnicy nie znaleziono cech niedożywienia (A wg SGA). Stwierdzono różnice w ocenie odżywienia wg skali SGA w zależności od trybu hospitalizacji: planowej (A 53,1%, B 38,3%, C 8,6%) lub nagłej (A 27,4%, B 46,3%, C 26,2%). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy oceną stanu niedożywienia a BMI, wiekiem i poziomem albumin. Porównano zalecenia żywieniowe na podstawie skali SGA i OSN stwierdzając rozbieżności w 31,7% przypadków. Większość różnic (96,1%) polegała na zakwalifikowaniu pacjenta wg skali OSN jako wymagającego interwencji żywieniowej, podczas gdy wg skali SGA oceniono go jako dobrze odżywionego. Ze względu na widoczne błędy powstałe podczas obliczania przez badaczy wyników skali OSN ponownie przeliczono dane źródłowe stwierdzając, że u 79,2% chorych wskazane jest leczenie żywieniowe (III lub IV wg skali OSN).

WNIOSKI

1. Wg skali SGA niedożywienie stwierdzono u 49,0% pacjentów hospitalizowanych z powodu nowotworu, w tym u 52,0% z nowotworem przewodu pokarmowego i u 44,6% z nowotworem układu oddechowego.
2. Wg skali OSN u 79,2% pacjentów hospitalizowanych z powodu nowotworu złośliwego przewodu pokarmowego lub układu oddechowego należy rozpocząć interwencję żywieniową.
3. Lekarze w ocenie niedożywienia często nie kierowali się podanymi kryteriami, ale własnym, całkowicie „intuicyjnym” osądem.
4. Główną rolę w ocenie stanu odżywienia odgrywa BMI, albuminy i wiek chorego.

B. Jagielska*, A. Szawłowski, P. Saramak, E. Kraszewska, E. Stachurska*****

Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Przewodu Pokarmowego: *Klinika Nowotworów głowy i Szyi, **Zakład Biostatystyki Medycznej, ***Zakład Biochemii Klinicznej Centrum Onkologii - Centrum Onkologii Nowotworów w Warszawie.

ANALIZA ZABURZEŃ KRZEPNIĘCIA U CHORYCH NA RAKI ŻOŁĄDKA LECZONYCH CHIRURGICZNIE -DONIESIENIA WSTĘPNE.

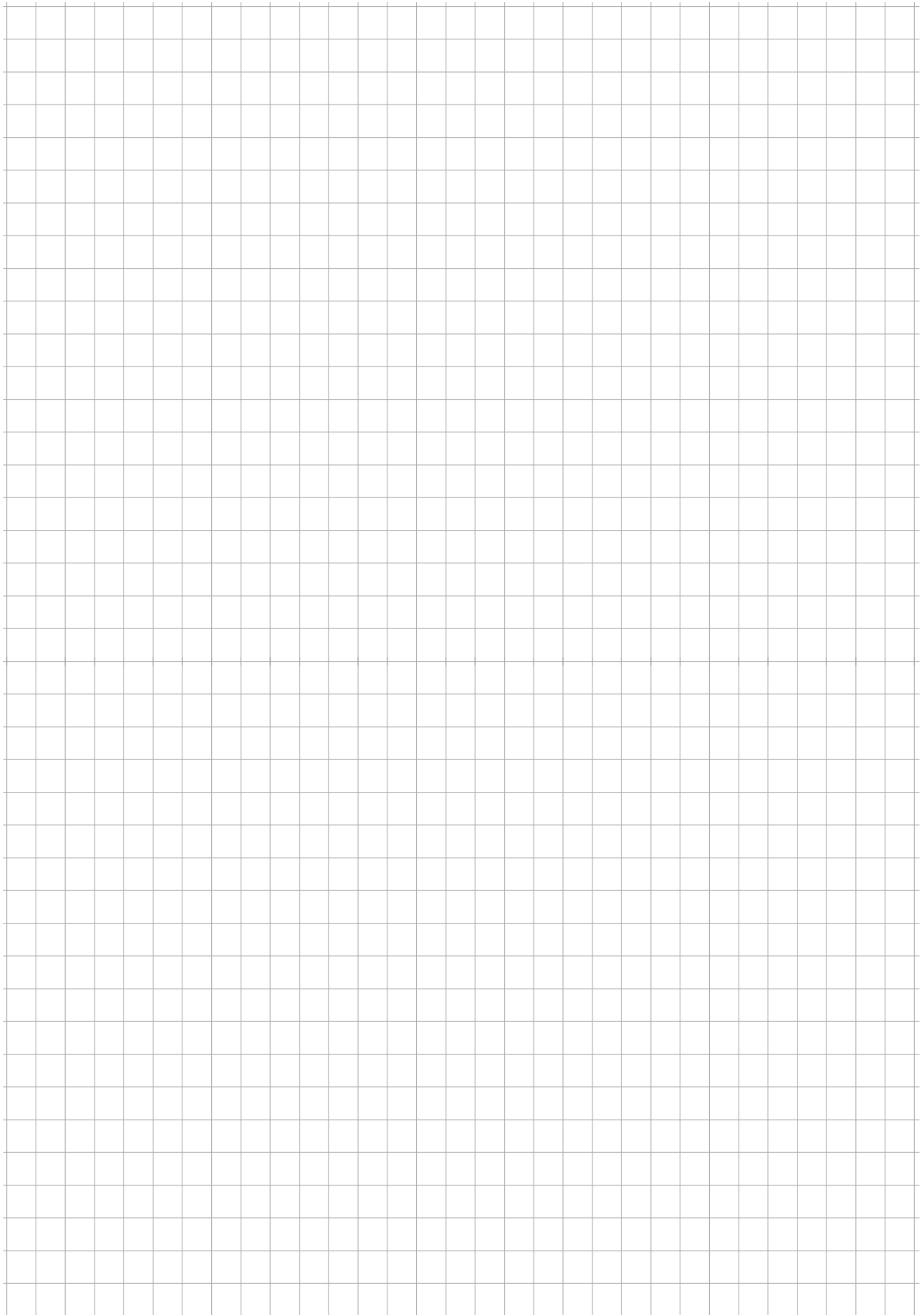
Cel. Celem pracy była analiza zaburzeń układu krzepnięcia u chorych na raka żołądka poddawanych leczeniu chirurgicznemu.

Materiał i metoda. Do badania włączono chorych na raka żołądka zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego w tym 10 kobiet i 5 mężczyzn. Mediana wieku wyniosła 55 lat. Analizę układu krzepnięcia przeprowadzono przed zabiegiem operacyjnym. Szczegółowe badania układu krzepnięcia obejmowały oznaczenie czasu APTT, czasu protrombinowego, poziomu fibrynogenu, stężenia białka Ci i AT III, d-dimerów, czynnika V i VII.

Wyniki: U 9/15 stwierdzono podwyższony poziom cz. V oraz 7/15 cz. VII, u 7/15 podwyższony poziom fibrynogenu oraz u 7/15 podwyższony poziom d-dimerów.

Wnioski. U ponad połowy chorych stwierdzono podwyższone poziomy cz. V i VII oraz fibrynogenu i d-dimerów. Z danych z piśmiennictwa wynika, podwyższone poziomy tych czynników mogą korelować ze stopniem zaawansowania nowotworu i stanowić zły czynnik rokowniczy. Chorzy ci wymagają stosowania profilaktycznego leczenia przeciwzakrzepowego w okresie okołoperacyjnym. Potwierdzenie wpływu krzepnięcia na rokowanie, wymaga dalszych badań opartych na większej grupie chorych.

NOTATKI:



SPONSORZY ZJAZDU



OBSŁUGA MEDIALNA



głos Pomorza

GŁOS SŁUPSKI

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

