



KARDIO-TORAKONEPTUNALIA
Powikłania
Nowoczesne technologie

Książka abstraktów

15-16.09.2017
Dom Zdrojowy, Jastarnia

www.torakoneptunalia.pl

KARDIOCHIRURGIA

TYTUŁ: Perforacja pnia płucnego po przezskórnym zamknięciu uszka lewego przedsionka okluderem Amplatzer Amulet

AUTORZY: Radosław Wilimski¹, Piotr Ścisło², Zbigniew Popiel¹, Paweł Czub¹, Zenon Huczek², Janusz Kochman², Romuald Cichoń¹, Piotr Hendzel¹

AFILIACJE: 1 Klinika Kardiochirurgii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska; 2 I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska

Kobieta 67-letnia z napadowym migotaniem przedsionków, po przebytych udarze niedokrwiennym prawej półkuli mózgu została zakwalifikowana do przezskórnego zamknięcia uszka lewego przedsionka z powodu powikłań krwotocznych leczenia przeciwzakrzepowego. Roczne ryzyko wystąpienia udaru mózgu według skali CHA₂DS₂-VASc wynosiło 9,8%.

Zabieg implantacji 28 mm okludera Amplatzer Amulet (St. Jude Medical) wymagał wykonania kilku prób w celu uzyskania optymalnej pozycji. Trwająca 40 minut procedura przebiegła bez powikłań. Po 17 godzinach od zabiegu pacjentka zgłosiła ból zamostkowy i uczucie duszności. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono szybko narastającą tamponadę serca, która w krótkim czasie doprowadziła do nagłego zatrzymania krążenia. Podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej wykonano punkcję worka osierdziowego odbarczając tamponadę serca i uzyskując tymczasową stabilizację hemodynamiczną. Ze względu na cechy aktywnego krwawienia do worka osierdziowego pacjentkę operowano w trybie natychmiastowym. Śródoperacyjnie stwierdzono krwawienie z tylnobocznej ściany pnia płucnego, które zaopatrzono 2 szwami Prolene 5-0. W uszku lewego przedsionka stwierdzono perforacje spowodowane przez 5 haczyków okludera, które dodatkowo uszkodziły bezpośrednio przylegający fragment worka osierdziowego i pnia płucnego. Uszko lewego przedsionka odcięto i usunięto okluder. Podstawę uszka zaszyto z użyciem 2 pasków teflonowych szwem Prolene 4-0. Dodatkowo zaszyto PFO i ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej spowodowany przez cewnik naczyniowy zastosowany do punkcji transseptalnej. Przebieg pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Pacjentka została wypisana do domu po 7 dobach od operacji.

Perforacja pnia płucnego w tym przypadku mogła powstać na skutek miarowych (rytm zatokowy miarowy po implantacji okludera) ruchów uszka z utkwionymi w jego ścianie haczykami okludera.

TYTUŁ: Majaczenie pooperacyjne - czy należy zapobiegać?

AUTORZY: Michał Michniewicz

E-MAIL: mmichniewicz@spsc.sk.pl

AFILIACJE: II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Warszawski Uniwersytet Medyczny

Majaczenie pooperacyjne jest istotnym i często niedocenianym problemem w opiece nad pacjentami po zabiegach kardiochirurgicznych i torakochirurgicznych. Wpływa na wzrost częstości występowania powikłań ogólnych (niewydolność nerek, zakażenia, niewydolność oddechowa i krążeniowa) i miejscowych (niestabilność mostka, przedłużone gojenie rany) oraz wydłuża okres hospitalizacji a w skrajnych przypadkach może być przyczyną zgonu. Jest niezależnym czynnikiem znacząco zwiększającym śmiertelność. Najistotniejszym elementem zapobiegania wystąpieniu majaczenia jest identyfikacja pacjentów z wysokim ryzykiem jego wystąpienia i wczesna profilaktyka. Kluczowa w opiece pooperacyjnej jest częsta obiektywna i powtarzalna ocena pacjenta i wczesne włączenie skutecznego leczenia.

TYTUŁ: Jak zabezpieczyć Pacjenta z ciężką psychozą lub głęboką depresją po leczeniu kardiochirurgicznym?

AUTORZY: Mariusz Śledź

E-MAIL: dramario@wp.pl

AFILIACJE: Klinika Kardiochirurgii Rzeszów

Po zabiegach kardiochirurgicznych, w niektórych przypadkach dochodzi do zaburzeń poznawczych oraz reakcji psychicznych wymagających diagnostyki oraz odpowiedniego leczenia.

Opis przypadku dotyczy 65-letniego Pacjenta leczonego operacyjnie z powodu niestabilnej choroby wieńcowej: pomostowanie wieńcowe w krążeniu pozaustrojowym. Choroby współistniejące: cukrzyca, otyłość, zespół metaboliczny, przewlekła choroba nerek w stadium 3, uogólniona miażdżyca. Pacjent nie zdradzał objawów zaburzeń psychicznych. W 5 dobie pooperacyjnej wyskok z okna, z wysokości 1 piętra. Dwukrotne zatrzymanie krążenia, resuscytacja skuteczna. Po urazie wielonarządowym, wymagał leczenia operacyjnego w zakresie ortopedycznym i chirurgicznym. Dodatkowo zastosowano drenaż obu jam opłucnowych. W dalszym przebiegu utrudnione gojenie ran pooperacyjnych oraz rozległa odleżyna okolicy krzyżowo-pośladkowej, wynikająca z krwiaka pourazowego. Pacjent przebywał 5 miesięcy w ramach Oddziału Intensywnej Terapii. Zgon w przebiegu krwawienia do drzewa oskrzelowego. W związku z przypadkami zaburzeń poznawczych oraz prób samobójczych w trakcie hospitalizacji, warto podjąć dyskusję dotyczącą sposobu zabezpieczenia Pacjentów przed takimi zdarzeniami.

TYTUŁ: Zamknięcie tętnicy udowej (dostępu naczyniowego) po przezcewnikowej implantacji protezy zastawki aortalnej: techniki przezskórne czy chirurgiczne?

AUTORZY: Radosław Wilimski¹, Zenon Huczek², Janusz Kochman², Piotr Ścisło², Bartosz Rymuza², Karol Zbroński², Romuald Cichoń¹, Piotr Hendzel¹

E-MAIL: wilimski@wp.pl

AFILIACJE: 1 Klinika Kardiochirurgii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska; 2 I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska

Urządzenia do przezskórnego zamykania tętnicy udowej po zabiegach diagnostycznych i terapeutycznych są coraz powszechniej używane w praktyce klinicznej. W większości badań z randomizacją porównujących zastosowanie przezskórnych urządzeń do zamknięcia tętnicy udowej z klasycznym uciskiem miejsca dostępu naczyniowego, wykazano skrócenie czasu do osiągnięcia hemostazy i całkowitego okresu hospitalizacji oraz zmniejszenie kosztów leczenia. Stwierdzono większą poprawę jakości życia w obserwacji krótkoterminowej po zastosowaniu urządzeń przezskórnych. Ogólna częstość powikłań jest podobna jednak różni się w zależności od zastosowanego urządzenia. W badaniach porównujących przezskórne i chirurgiczne zamknięcie tętnicy udowej po wewnątrznaczyniowych operacjach tętników aorty brzusznej oraz po zakończeniu VA-ECMO (veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation) również wykazano korzyści kliniczne związane z dostępem przezskórnym. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami europejskich i amerykańskich towarzystw naukowych, procedury przezcewnikowej implantacji protezy zastawki aortalnej (TAVI – transcatheter aortic valve implantation) powinny być realizowane przez interdyscyplinarny zespół lekarzy, w którego składzie aktywną rolę pełni kardiochirurg. Chirurgiczne wypreparowanie tętnicy udowej należy do podstawowych umiejętności z zakresu chirurgii. Odpowiedni dobór pacjentów i doświadczenie operatora zapewniają niski odsetek powikłań związanych z dostępem chirurgicznym. W porównaniu z cenami przezskórnych urządzeń do zamykania tętnicy udowej, koszt materiałów chirurgicznych jest znikomy. Czy przezskórne zamknięcie tętnicy udowej podczas procedur TAVI powinno być techniką z wyboru?

TYTUŁ: Perspektywy chirurgicznego leczenia ciężkiej niedomykalności trójdzielnej z zastosowaniem CorMatrix.

AUTORZY: Paweł Czub, Adam Arendarczyk, Marek Kopala, Anna Słowikowska, Radosław Wilimski, Franciszek Majstrak, Zbigniew Popiel, Michał Michniewicz, Romuald Cichoń, Piotr Hendzel

E-MAIL: ad.arendarczyk@gmail.com

AFILIACJE: Klinika Kardiochirurgii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Klinika Kardiochirurgii - Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

34-letni chory uzależniony od heroiny przyjęty z infekcyjnym zapaleniem wsierdza na zastawce trójdzielnej (EUROscoreII 2,73). Implantowano zastawkę trójdzielną odtworzoną z materiału CorMatrix. W ECHO pooperacyjnym stwierdzono nieistotną niedomykalność centralną $\frac{1}{4}$, Gr max/śr 3/2 mmHg, TRPG 19mmHg. W 2 dobie pooperacyjnej Pacjent został wypisany z OIT. 6 tygodni celowanej antybiotykoterapii dożylniej. W kontrolnym badaniu echokardiograficznym po 6 miesiącach od operacji: bez niedomykalności zastawki trójdzielnej, grad max/śr 4/2 mmHg, TRPG 18mmHg.

72-letnia Pacjentka z ciężką niedomykalnością trójdzielną po CABG w 2006r, NYHA III/IV z miażdżycą uogólnioną, cukrzycą t. 2, nawracającym wodobrzuszem z ICD (EUROscoreII 21,67). Dokonano wszczepienia zastawki trójdzielnej z materiału CorMatrix. W ECHO pooperacyjnym niedomykalność trójdzielna $\frac{1}{4}$, gradient 4/2, TRPG 12. W 5 dobie pooperacyjnej Pacjentka została wypisana z OIT. W stanie ogólnym dobrym w 13 dobie Pacjentka wypisana do domu. W kontrolnym ECHO po 6 miesiącach: niedomykalność (-), gradient max/średni 4/2mmHg, TAPSE 17 mm.

Dobre wczesne wyniki odtworzenia zastawki trójdzielnej za pomocą CorMatrix pozwalają rozważyć rozszerzenie wskazań do tego leczenia także u pacjentów bez IZW po operacjach kardiochirurgicznych. Zastosowanie materiału CorMatrix w ujście trójdzielne pozwala na ograniczenie terapii przeciwkrzepliwej jedynie do kwasu acetylosalicylowego w dawce 1 x 150mg.

TYTUŁ: Powikłania naczyniowe po udanym zabiegu TAVI u chorej z reumatoidalnym zapaleniem stawów

AUTORZY: Anna Słowikowska, Radosław Wilimski, Romuald Cichoń, Adam Arendarczyk, Paweł Czub, Franciszek Majstrak, Romuald Hendzel

E-MAIL: aslow@onet.eu

AFILIACJE: Klinika Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Według wytycznych PTK i ESC 2012, zaleca się wykonanie TAVI u pacjentów z ciężką, objawową AS, którzy wg oceny zespołu ekspertów nie kwalifikują się do konwencjonalnej operacji z powodu ciężkich chorób współistniejących. W grupie chorych wysokiego ryzyka, którzy są nadal kwalifikowani do operacji, decyzja o leczeniu za pomocą TAVI powinna być oparta na indywidualnej ocenie. Należy rozważyć TAVI jako alternatywę dla operacji u pacjentów, u których zespół ekspertów dostrzega korzyść z zastosowania mniej inwazyjnego zabiegu, biorąc pod uwagę zalety i wady obu metod leczenia.

84-letnia kobieta została przyjęta do Kliniki Kardiochirurgii w celu wykonania TAVI. Pacjentka z wywiadem reumatoidalnego zapalenia stawów i wieloletniej terapii immunosupresyjnej. Zabieg TAVI zakończył się sukcesem. W czwartym dniu po zabiegu stwierdzono obecność tętniaka rzekomego tętnicy udowej- dostęp naczyniowego do TAVI. Wykonano zabieg obliteracji trombiną, po którym doszło do niedrożności tej tętnicy, ostrego niedokrwienia kończyny dolnej i konieczności udrażniania chirurgicznego. W trakcie jednego z tych zabiegów doszło do NZK ze skuteczną reanimacją. Prawdopodobnie wskutek przejściowej hipoperfuzji doszło do uogólnionej nekrozy naskórka i dalszych powikłań infekcyjnych będących następstwem poprzednich zdarzeń klinicznych.

TYTUŁ: Plamica Schönleina-Henocha u chorego po pomostowaniu aortalno-wieńcowym-
prezentacja przypadku klinicznego

AUTORZY: Anna Słowikowska, Adam Arendarczyk, Romual Cichoń, Radosław Wilimski, Paweł Czub,
Piotr Hendzel

E-MAIL: aslow@onet.eu

AFILIACJE: Klinika Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego

Plamica Schönleina-Henocha (zapalenie naczyń związane z IgA) to choroba, w której dochodzi do zapalenia małych naczyń krwionośnych. Najczęściej objawy są poprzedzone procesem infekcyjnym, ale czynnikiem wyzwalającym może być stres, leki, ukąszenia owadów.

48-letni pacjent 14 dni po pomostowaniu aortalno-wieńcowym został skierowany przez lekarza rodzinnego w trybie pilnym do Kliniki Kardiochirurgii z podejrzeniem sepsy. Chory 7 dni wcześniej został wypisany z Kliniki po niepowikłanym pomostowaniu aortalno-wieńcowym w stanie ogólnym dobrym. Ambulatoryjnie uznano, że przyczyną sepsy jest operacja kardiochirurgiczna. W dniu przyjęcia stwierdzono na całym ciele chorego rozsiane zmiany skórne o typie wysypki grudkowo-
plamistej, z największym nasileniem wokół rany po saphenectomii. Chory bez gorączki, bez świądu w stanie ogólnym dobrym. Po konsultacji dermatologicznej został przeniesiony do Kliniki Dermatologii w celu dalszego leczenia, gdzie rozpoznano plamicę Schönleina-Henocha. Prawdopodobną przyczyną był stres okołoperacyjny lub sulodexyd, który chory przyjmował od kilku tygodni samodzielnie i nikogo nie poinformował o tym fakcie.

TORAKOCHIRURGIA

TYTUŁ: Uszkodzenie żyły nieparzystej przyczyną śmiertelnego krwotoku wskutek rany klutej lewej pachy odniesionej podczas sparingowej walki szermierczej

AUTORZY: Janusz Kowalewski¹, Elżbieta Bloch-Bogusławska²

AFILIACJE: ¹Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Szermierz - lat 17, przyjęty do szpitala w stanie ciężkim, przytomny, zaintubowany, HR 80/min, RR nieoznaczalne, brak szmeru nad lewym płucem, nad prawym płucem szmer pęcherzykowy prawidłowy, furczenia.

Przed 30 minutami podczas sparingu został zraniony w klatkę piersiową klingą szpady, która weszła na głębokość 40cm (ślady krwi) w okolicy lewej pachy.

Prowadzono oddech wspomagany workiem Ambu, później respiratorem, nie stwierdzono odmy przeżnej. Wykonano drenaż lewej opłucnej: 1000ml krwi. Przetoczono 2000ml krystaloidów, 600ml KKCz grupy „O”, podano adrenalinę, dopaminę. Parametry hemodynamiczne nieco poprawiły się. Zdecydowano wykonać pilną torakotomię.

Podczas przewożenia na salę operacyjną wystąpiło zatrzymanie krążenia. Rozpoczęto resuscytację krążeniowo-oddechową, wykonano lewostronną torakotomię, bezpośredni masaż serca. Stwierdzono 300ml krwi w opłucnej, ranę średnicy 1cm płata górnego lewego płuca, niewielki wypływ krwi z rany śródpiersia. Nie uzyskano odpowiedzi hemodynamicznej serca. Po 40 minutach zabiegi przerwano uznając pacjenta za zmarłego.

Badanie sekcyjne: Kanał rany przechodził przez płat górny lewy i penetrował podopłucnowo do śródpiersia pomiędzy przełykiem a aortą kończąc się w ścianie klatki piersiowej. W lewej opłucnej 200ml krwi, w prawej opłucnej 2500ml krwi. Nie stwierdzono zranień serca, dużych tętnic. Po otwarciu żyły głównej górnej wykazano uszkodzenie żyły nieparzystej 2cm od jej ujścia do żyły głównej górnej. Było to miejsce krwawienia do prawej opłucnej.

TYTUŁ: Masywne krwawienie do jamy brzusznej po drenażu prawej jamy opłucnej z powodu odmy

AUTORZY: Janusz Kowalewski¹, Elżbieta Bloch-Bogusławska²

AFILIACJE: ¹Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Chora, lat 67, przyjęta do szpitala po wypadku drogowym: potrącona przez samochód. Stwierdzono dobry stan, kontakt pełny, otyłość znacznego stopnia, umiarkowaną duszność, HR 90/min. RR 140/90 mmHg, otarcie naskórka prawej okolicy ciemieniowej, krwiak podskórny klatki piersiowej po stronie prawej, jama brzuszna fizykalnie bez zmian, zmiążdżenie lewej stopy.

KT klatki piersiowej: pojedyncze złamania prawych żeber 6-10, płaszczowa odma prawej opłucnej, złamanie kręgu Th8 bez przemieszczenia. Usg brzucha bez zmian. Neurologicznie bez istotnych odchyłeń. Zakwalifikowana do amputacji lewej stopy w znieczuleniu ogólnym.

Ułożono chorą na desce ortopedycznej, wykonano badania laboratoryjne, wkłucie centralne, założono dren Thorax 24F do prawej opłucnej w „okolicy kąta przeponowo-żebrowego”.

Podczas operacji amputacji lewej stopy stan chorej zaczął stopniowo pogarszać się. Rejestrowano przyspieszenie tętna do 120/min i obniżenie ciśnienia tętniczego krwi do 80/50mmHg. Powtórne usg brzucha wykazało dużą ilość płynu w okolicy wątroby. Wykonano pilną laparotomię. Stwierdzono ok. 2000ml krwiak, dren Thorax w prawym płacie wątroby, obok dwa dodatkowe zranienia wątroby broczące krwią, sączenie krwi z międzyżebrza przy drenie. Odessano krew, usunięto dren, podkłuto przerwaną tętnicę międzyżebrową. Prowadzono intensywną terapię płynową. Pomimo tego wystąpiło zatrzymanie krążenia. Zastosowano masaż zewnętrzny serca. Wykonano „packing” wokół wątroby. Nie uzyskano odpowiedzi hemodynamicznej serca. Po 30 minutach zabiegi przerwano uznając pacjentkę za zmarłą.

TYTUŁ: Praktyczne aspekty dostępów małoinwazyjnych w torakochirurgii

AUTORZY: Janusz Kowalewski

AFILIACJE: Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Ogólne zasady VATS to: orientacja chirurgów na ekran monitora, nierozszerzanie międzyżebrza, oddzielne zaopatrzenie żył, tętnic i oskrzela płatowego oraz (w przypadku zabiegów onkologicznych) usunięcie węzłów chłonnych śródpiersia.

Operator i asystent stoją od strony brzusznej pacjenta. Najczęściej stosowane dostępy zawierają 1-3 cięcia. Podstawowe cięcie: 3-4cm długości, pomiędzy linią pachową przednią i środkową, 5 międzyżebrze. Pojedyncze cięcie w 4 międzyżebrze powoduje kolizję topograficzną ze strukturami położonymi poza naczyniami, zaś w 6mż– z kamerą (tzw. fencing). Cięcia 2 i 3 (lub tylko 2) wykonuje się w linii pachowej tylnej i/lub przedniej w 7-8 międzyżebrze.

Dostępy te można skojarzyć z cięciem szyjnym (usuwanie guzów śródpiersia). Stosuje się również pojedyncze cięcie pod wyrostkiem mieczykowatym (np.: usuwanie ognisk przerzutowych z dolnych płatów obu płuc).

W przypadku jednego cięcia bocznego („uniportal”) układ narzędzi w ranie jest podobny do świateł drogowych (góra-dół): czerwone–kamera trzymana przez asystenta, żółte i zielone–narzędzia operatora.

Potrzebne instrumenty do VATS: kamera 30o, Alexis, narzędzia endoskopowe: nożyczki, ssak, kleszczyki, diatermia, endostaplery, klipsy naczyniowe.

Zalety „uniportal” to: mała traumatyzacja ściany klatki piersiowej (ból zwykle w miejscu dolnych trokarów), lepsza wizualizacja obrazu: kąt użycia narzędzi jak podczas torakotomii.

Coraz częściej szkolenie rezydentów w technikach małoinwazyjnych rozpoczyna się od „uniportal” VATS.

TYTUŁ: Udar mózgu, przemijające niedokrwienie rdzenia szyjnego - ciężkie powikłania po przezskórnej igłowej biopsji płuca - analiza trzech przypadków

AUTORZY: Małgorzata Jelitto-Górska 1, Bartosz Regent 1, Robert Dziedzic 2, Bartosz Baścik 1, Michał Studniarek 3

E-MAIL: jelitto@gumed.edu.pl

AFILIACJE: 1. II Zakład Radiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny 2. Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Gdański Uniwersytet Medyczny 3. I Zakład Radiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Udar mózgu czy niedokrwienie rdzenia szyjnego są niezwykle rzadkimi powikłaniami po przezskórnej igłowej biopsji płuca. Incydenty niedokrwienne po biopsji igłowej płuca następują w mechanizmie zatoru powietrznego. W Gdańsku rocznie wykonuje się średnio 400 zabiegów przezskórnej igłowej biopsji płuca, głównie w diagnostyce zmian nowotworowych. Dotychczas odnotowaliśmy trzy przypadki incydentu niedokrwienego układu nerwowego.

Wszyscy trzech pacjenci, u których doszło do niedokrwienia układu nerwowego poddani zostali zabiegowi biopsji skrawkowej. Pacjenci, u których doszło do udaru mózgu, do biopsji ułożeniu zostali w pozycji na plecach bądź na brzuchu. W przypadku Pacjenta, u którego obserwowano niedokrwienie rdzenia szyjnego zabieg wykonano w pozycji na boku. Osoby z udarem mózgu, po badaniu straciły przytomność, doszło do uogólnionej sztywności mięśni oraz szczykościsku. Pacjent z udarem rdzenia prezentował objawy porażenia wiotkiego czterokończynowego, do utraty przytomności nie doszło. W dwóch przypadkach objawy pojawiły się dopiero w trakcie pionizacji po zakończonej procedurze biopsji. Analiza skanów z dwóch biopsji wykazała przecięcie igłą biopsyjną subsegmentarnej żyły płucnej średnicy 1-1,5mm. Kontrolna tomografia komputerowa wykonana tuż po zakończeniu każdej z procedur uwidoczniała obecność dużej ilości powietrza w lewym przedsionku oraz w aorcie. U Pacjenta z udarem rdzenia dodatkowo uwidoczniono pęcherzyk powietrza w tętnicy podobojczykowej. Jeden z pacjentów z udarem mózgu zmarł po 3 tygodniach, dwie osoby po rehabilitacji zostały wypisane do domu bez neurologicznych objawów ubytkowych.

Wnioski po analizie obu przypadków: 1. W trakcie biopsji należy unikać uszkodzenia naczynia żylnego 2. Po wyjęciu igły w kontrolnym badaniu TK zawsze należy sprawdzić aortę pod kątem obecności powietrza 3. W przypadku zaobserwowania powietrza w aorcie – nie powinno się pionizować Pacjenta 4. Pojawienie się po zabiegu uogólnionej sztywności mięśni i szczykościsku sugeruje wystąpienie udaru mózgu, porażenie wiotkie - udar rdzenia.

TYTUŁ: Segmentowe wycięcie oskrzela głównego lewego z powodu adenoid cystic carcinoma- opis przypadku.

AUTORZY: Aleksandra Chrząstek, Przemysław Bławat, Janusz Kowalewski

E-MAIL: chrzastek.a@wp.pl

AFILIACJE: Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów Centrum Onkologii w Bydgoszczy; KiK Chirurgii Klatki Piersiowej CM UMK

Adenoid cystic carcinoma jest rzadkim nowotworem o niskiej złośliwości, pośrednim potencjale przerzutowania i dość dobrym rokowaniu, w klatce piersiowej najczęściej zlokalizowanym w obrębie tchawicy i oskrzeli głównych.

Opisujemy przypadek 57 letniej Pacjentki, hospitalizowanej z powodu pogorszenia tolerancji wysiłku i produktywnego kaszlu. W TK klatki piersiowej stwierdzono całkowitą niedodmę płuca lewego, w bronchofiberoskopii guz obturujący lewe oskrzele główne. W wycinkach uwidoczono utkanie gruczolaka. Wykonano bronchoskopię sztywną z usunięciem zmiany wewnątrzoskrzelowo. W ostatecznym wyniku hist-pat ustalono rozpoznanie: adenoid cystic carcinoma, grade 2. Po udrożnieniu oskrzela stan chorej bardzo szybko uległ znaczącej poprawie. Wykonano 18-FDG-PET-CT, która wykluczyła rozsiew choroby i bronchofiberoskopię z wykorzystaniem autofluorescencji celem zaplanowania dalszego leczenia. Pod dyskusję poddawano 4 strategie leczenia: pneumonektomię lewostronną, segmentową resekcję oskrzela głównego lewego, brachyterapię bądź teleradioterapię. Z uwagi biologię nowotworu i stopień zaawansowania choroby zdecydowano o wykonaniu segmentowej resekcji oskrzela głównego lewego. Uzyskano fragment oskrzela długości 4,5 cm, marginesy (zdrowych tkanek): proksymalny i dystalny szerokości powyżej 1 cm. Przebieg około- i pooperacyjny był niepowikłany. Po zabiegu wykonywano kontrolne bronchofiberoskopie z autofluorescencją- 7, 14 i 60 dni po resekcji nie stwierdzając wznowy miejscowej ani zwężenia zespolenia. Chora pozostaje w dobrym stanie ogólnym, nie zgłasza żadnych dolegliwości.

TYTUŁ: Czy pneumonektomia resztkowa jest jedynym sposobem uniknięcia śmierci u chorych z przetoką oskrzelowo-tętniczą będącą powikłaniem wycięcia płata płuca?

AUTORZY: Tomasz Marjański, Adam Sternau, Wojciech Żurek, Witold Rzyman

E-MAIL: marjanski@gumed.edu.pl

AFILIACJE: Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Przetoka oskrzelowa jest dobrze poznanym powikłaniem. Częstość tego powikłania po lobektomii z powodu niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) nie przekracza 2% operowanych. Szczególnie wysokie ryzyko śmierci występuje w sytuacji, gdy dochodzi do powstania przetoki oskrzelowo-tętniczej. Rzadkość występowania tego powikłania prowadzi do wątpliwości diagnostyczno-leczniczych.

Przedstawiamy wyniki leczenia dwóch chorych po wycięciu płata płuca, u których doszło do wytworzenia się przetoki oskrzelowo-tętniczej. Pierwszy chory – 61-letni mężczyzna został poddany wideotorakoskopowej lobektomii górnej prawej z powodu NDRP. W czwartej dobie niepowikłanego pooperacyjnego pobytu pacjent został wypisany do domu. W czwartym tygodniu po zabiegu wystąpiło nieznaczne krwioplucie jasnoczerwoną krwią i podwyższona temperatura ciała. W dniu wystąpienia krwioplucia pacjenta przyjęto do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, gdzie zmarł po 4 godzinach z powodu masywnego krwotoku płucnego. W badaniu sekcyjnym stwierdzono przetokę oskrzelowo-tchawiczą.

U drugiej chorej – 45-letniej kobiety została wykonana lobektomia górna lewa mankietowa z powodu miejscowo zaawansowanego NDRP. Pacjentkę wypisano do domu w 4 dobie pooperacyjnej, a w 8 rehospitalizowano z powodu krwioplucia i gorączki. W bronchoskopii stwierdzono przetokę zespolenia oskrzelowego, z dostawaniem się krwi do światła oskrzela. W trybie doraźnym wykonano pneumonektomię resztkową, umożliwiając uniknięcia masywnego krwotoku płucnego.

Pneumonektomia resztkowa jest jedynym sposobem zapobieżenia śmierci w stwierdzonej przetoce oskrzelowo-tętniczej.

TYTUŁ: Uczestnictwo w programie badań przesiewowych raka płuca zmniejsza ryzyko powikłań okołoperacyjnych oraz wpływa na 5-letnie przeżycie

AUTORZY: M. Ostrowski¹, S. Kocot², J. Polanska³, W. Rzyman¹

E-MAIL: m.ostrowski@gumed.edu.pl

AFILIACJE: 1. Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Gdański Uniwersytet Medyczny 2. Politechnika Śląska, Gliwice 3. Zakład Analizy Eksploracyjnej Danych, Politechnika Śląska, Gliwice

Pacjenci operowani w przebiegu uczestnictwa w programie przesiewowym raka płuca przynależą do grupy wysokiego ryzyka. Tworzą ją bezobjawowi palacze w wieku 50-79 lat. Dzięki programom Pomorski Pilotażowy Program Badań Przesiewowych Raka Płuca i Molttest BIS zespół Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zajmuje się leczeniem tej grupy. Celem pracy jest porównanie powikłań okołoperacyjnych w grupie wysokiego ryzyka i pozostałej populacji oraz wpływu na przeżycie.

W latach 2007-2016 leczeniu raka płuca poddano 1764 osoby w gdańskim ośrodku. Lobektomię z limfadenektomią przeżyło 1356 pacjentów, wśród których grupę przesiewową stanowiło 78.

W przebiegu okołoperacyjnym stwierdzono różnicę w liczbie powikłań - 23% i 44%, kolejno dla grupy przesiewowej i klasycznej ($p<0.001$). Rzadziej w grupie przesiewowej występowała konieczność przetoczenia krwi ($p<0.05$), przedłużony przeciek powietrza ($p<0.05$) oraz powikłania oddechowe inne niż zapalenie płuc ($p<0.0001$). Stwierdzono 5-letnie przeżycie w populacji męskiej 50% i 63%, w żeńskiej 64% i 78%, kolejno dla grup powikłanych i niepowikłanych ($p<0.0001$). Pięcioletnie przeżycie dla obu płci poddanych badaniom przesiewowym było istotnie wyższe ($p<0.0001$).

W grupie chorych wysokiego ryzyka diagnozowanych w programach przesiewowych znamienne rzadziej dochodzi do powikłań okołoperacyjnych. Powikłany przebieg pooperacyjny oraz uczestnictwo w programie przesiewowym wpływa na 5-letnie przeżycie chorych.

TYTUŁ: Leczenie martwicy ściany klatki piersiowej po radioterapii uzupełniającej z powodu raka piersi.

AUTORZY: A. Sternau¹, T. Marjański¹, S. Kołacz², J. Jończyk², J. Jankau²

E-MAIL: aster@gumed.edu.pl

AFILIACJE: 1 - Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Gdański Uniwersytet Medyczny,
2 - Klinika Chirurgii Plastycznej Gdański Uniwersytet Medyczny

51 letnia kobieta, z rakiem piersi prawej, leczona amputacją i uzupełniającą radio – i chemioterapią. W okresie 6 miesięcy po leczeniu u pacjentki wystąpiła rozległa martwica ściany klatki piersiowej obejmująca powłoki oraz żebra w polu napromieniania. Początkowo w ciągu 6 miesięcy leczona za pomocą opatrunków hydrokoloidowych, tlenoterapii hiperbarycznej oraz larwoterapii z pogorszeniem stanu miejscowego. W ciągu kolejnych 6 miesięcy pobytu podczas kilkudziesięciu zabiegów operacyjnych w znieczuleniu ogólnym dokonywano demarkacji w zakresie ściany klatki piersiowej, usuwając zmienione martwiczo powłoki klatki piersiowej i żebra w zakresie 3-6 po stronie prawej. Osiągnięto oczyszczenie i redukcję powierzchni rany oraz poprawę stanu ogólnego pacjentki. W kolejnym etapie ubytek w ścianie klatki piersiowej o powierzchni 175 cm² oczyszczano za pomocą techniki ultradźwiękowej, prowadzono dalsze leczenie przeciwbakteryjne oraz prowadzono hiperalimentację. Po kolejnych trzech tygodniach ubytek zamknięto transpozycją płata skórno-mięśniowego opartego na mięśniu prostym brzucha (TRAM). W okresie pooperacyjnym wystąpiła martwica dystalnego odcinka płata, którą usunięto chirurgicznie. Pacjentka w kolejnych tygodniach leczona opatrunkami a następnie omentoplastyką z pokryciem wolnym przeszczepem skóry. Pacjentka z wygojoną raną została wypisana ze szpitala 17 miesięcy po rozpoczęciu leczenia.

TYTUŁ: Komórki macierzyste w medycynie

AUTORZY: Piotr Trzonkowski

AFILIACJE: Zakład Immunologii Klinicznej i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

E-MAIL: ptrzon@gumed.edu.pl

Różne populacje komórek macierzystych stały się realną alternatywą w terapii. Ten typ leczenia doczekał się już nawet określenia medycyna komórkowa, a same komórki podawane w celach terapeutycznych zostały zakwalifikowane przez Europejską Agencję Leków jako oddzielna klasa leków, tzw. produkty terapii zaawansowanej (z ang. advanced therapy medicinal product, ATMP). W niniejszym wykładzie omówione zostaną wybrane perspektywy klinicznego stosowania ATMP - w szczególności w chorobach narządów klatki piersiowej, a także aspekty prawne i regulacyjne umożliwiające taką terapię w klinice.

SESJA ECMO

TYTUŁ: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa z zastosowaniem aparatu do pozaustrojowej oksygenacji membranowej (ECMO) podczas powikłanej koronarografii

AUTORZY: Radosław Wilimski¹, Adam Rdzanek², Michał Michniewicz¹, Renata Andrzejewska¹, Janusz Kochman², Paweł Czub¹, Wojciech Szczawiński¹, Romuald Cichoń¹, Grzegorz Opolski², Piotr Hendzel¹

AFILIACJE: 1 Klinika Kardiochirurgii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska; 2 I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska

Mężczyzna 68-letni został zakwalifikowany do planowego badania angiograficznego tętnic wieńcowych z powodu dolegliwości stenokardialnych i dodatkowo elektrokardiograficznej próby wysiłkowej. W badaniu echokardiograficznym wykonanym przy przyjęciu do szpitala stwierdzono prawidłową funkcję lewej komory serca z frakcją wyrzutową 58%. W badaniu koronarograficznym stwierdzono zamkniętą prawą tętnicę wieńcową, istotne zwężenie gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej oraz graniczne zwężenia w pniu i gałęzi przedniej zstępującej (GPZ) lewej tętnicy wieńcowej. W celu oceny fizjologicznej zwężeń w pniu i GPZ, wykonano badanie cząstkowej rezerwy przepływu (fractional flow reserve - FFR). Ze względu na kręty przebieg GPZ i trudności z pozycjonowaniem prowadnika, wykorzystano dodatkowy prowadnik, który po nieudanych próbach przedostania się przez środkowy odcinek GPZ pozostawiono ostatecznie w dużej gałęzi diagonalnej. W trakcie manipulacji związanych z FFR pacjent zgłosił ból w klatce piersiowej. W angiografii stwierdzono ostre zamknięcie GPZ. Próby ratunkowej angioplastyki GPZ zakończyły się niepowodzeniem. Wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie migotania komór. Podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej implantowano w pniu lewej tętnicy wieńcowej i początkowym segmencie GPZ stenty powlekane lekiem antyproliferacyjnym. W badaniu angiograficznym obserwowano jednak zjawisko braku przepływu krwi w udrożnionej tętnicy (no-reflow phenomenon). Nie uzyskano spontanicznego powrotu rytmu serca (asystolia). Kontynuowano resuscytację krążeniowo-oddechową prowadząc mechaniczną wentylację płuc i masaż zewnętrzny serca z wykorzystaniem systemu do kompresji klatki piersiowej Lucas.

Po kaniulacji lewej tętnicy udowej wspólnej i lewej żyły udowej rozpoczęto mechaniczne wspomaganie serca i pozaustrojową oksygenację membranową (extracorporeal membrane oxygenation - ECMO) z wykorzystaniem zestawu ECMO firmy Sorin. Przez prawą tętnicę udową wspólną implantowano cewnik balonowy do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej. Po stabilizacji hemodynamicznej pacjenta dokończono zabieg angioplastyki GPZ uzyskując prawidłowy przepływ krwi w tętnicy. Obserwowano powrót rytmu zatokowego serca.

Po 4 godzinach pobytu w oddziale pooperacyjnym pacjent odzyskał przytomność i został ekstubowany. Po stopniowej redukcji wspomagania mechanicznego funkcji serca i płuc, ECMO zostało odłączone po 15 godzinach od rozpoczęcia terapii. Nie stwierdzono żadnych ubytków neurologicznych. W badaniu echokardiograficznym uwidoczniono akinezę ściany bocznej i segmentów przykoniuszkowych ściany dolnej i przedniej (EF 44%). Po 3-tygodniowym cyklu rehabilitacji kardiologicznej pacjent został wypisany do domu.

TYTUŁ: Workshop Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation (ECPR)

AUTORZY: Justyna Swol

E-MAIL: jswol@icloud.com

AFILIACJE: Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Dziecięcej, Intensywna Terapia Chirurgiczna; Klinika Uniwersytetu Würzburg, Niemcy.

Goals : Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation (ECPR) is the initiation of Extracorporeal Life Support (ECLS) via percutaneous vascular access during resuscitation of the arresting patient using portable mechanical circulatory support system.

Veno-arterial cannulation for ECLS can be feasibly achieved and should be established during active CPR for cardiac arrest caused e.g. by pulmonary embolism. The aim of ECLS is to bridge both the cardiac and lung functions and to transition the patient into a stable hemodynamic situation. The immediate diagnosis and rapid implantation of the system are necessary for therapeutic success. Whether as a bridge or for a therapeutic purpose, ECLS implantation is used almost exclusively in dramatic, desperate situations. ECLS may be a possible bridging solution, in case of pulmonary embolism, during catheter-based embolectomy or may be used as a definitive therapy until resolution with endogenous thrombolysis and in post-embolectomy for right ventricular failure or reperfusion lung injury.

If ECLS can be successfully realized, it would be established as a last resort therapy following failure of all other therapeutic options in critical, life-threatening situations.

Aims : This workshop provides insights showing that how to perform ECPR successfully.

Learning Outcomes / Objectives : We offer a basic training in advanced vascular access procedure. In this context, we also refer how to implement ECLS in order to assist CPR (ECPR) both in in-hospital cardiac arrest (IHCA) or in out-of-hospital cardiac arrest (OHCA).

TYTUŁ: Zastosowanie ECMO w leczeniu ostrej pokardiotomijnej niewydolności lewej komory - opis przypadku

AUTORZY: Rafał Pawlaczyk¹, Andrzej Klapkowski¹, Romuald Lango², Jan Rogowski¹

E-MAIL: rpgab@gumed.edu.pl

AFILIACJE: 1 Katedra i Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej GUMed, 2 Samodzielny Zakład Kardioanestezjologii GUMed

Kobieta w wieku 49 lat była leczona operacyjnie z powodu tętniaka aorty wstępującej i niedomykalności zastawki aortalnej. Wykonano operację sposobem Davida (wymiana aorty wstępującej z reimplantacją własnej zastawki aortalnej do protezy naczyniowej). Po zatrzymaniu krążenia pozaustrojowego podczas podawania protaminy zaobserwowano nagły spadek kurczliwości lewej komory i w konsekwencji spadek rzutu serca i ciśnienia tętniczego. Wobec braku reakcji na farmakoterapię ponownie rozpoczęto krążenie pozaustrojowe - w echokardiograficznym badaniu przezprzełykowym kurczliwość wróciła do normy. Ze względu na możliwość zagięcia/skręcenia początkowego odcinka reimplantowanej lewej tętnicy wieńcowej, ponownie zaklemowano i otwarto aortę aby sprawdzić drożność ujść wieńcowych. Nie znaleziono żadnych cech jatrogennego uszkodzenia ujść wieńcowych. Po reperfuzji i ponownym obciążeniu serca ponownie zaobserwowano nagłe dramatyczne pogorszenie kurczliwości lewej komory. Podjęto decyzję o podłączeniu urządzenia do zewnątrzustrojowej oksygenacji (ECMO) przez prawe naczynia udowe, w celu mechanicznego wspomagania niewydolnej lewej komory serca. W pierwszych godzinach wspomagania wykonano badanie koronarograficzne, wykazało ono prawidłowy przepływ krwi przez naczynia wieńcowe. Już po 24 godzinach wspomagania kurczliwość lewej komory wróciła praktycznie do normy, ECMO z sukcesem odłączono dzień później. W przebiegu pooperacyjnym wystąpił prawostronny niedowład, jego objawy wycofały się w ciągu 7 dni. W 12 dobie chorą wypisano do domu z dobrą funkcją lewej komory i niewielką niedomykalnością zastawki aortalnej.

Kardio-Torakoneptunalia 2017

KARDIOCHIRURGIA DZIECIĘCA

TYTUŁ: Hybrydowa implantacja rozprężalnej zastawki Melody TVP 22 w ujście mitralne u dziecka z infekcyjnym zapaleniem wsierdza.

AUTORZY: Ireneusz Haponiuk, Maciej Chojnicki, Radosław Jaworski, Mariusz Steffens, Konrad Paczkowski, Aneta Szofer-Sendrowska, Marta Paśko-Majewska, Katarzyna Gierat-Haponiuk, Anna Romanowicz, Wiktor Szymanowicz

AFILIACJE: Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej, Szpital Św. Wojciecha COPERNICUS Gdańsk-Zaspa

Infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) występuje niezwykle rzadko u dzieci i wiąże się z istotną śmiertelnością. Zwykle konieczna jest pilna chirurgiczna naprawa lub wymiana uszkodzonych zastawek. Brak zaprojektowanych dla dzieci zastawek serca, stanowi olbrzymie wyzwanie w leczeniu IZW w populacji pediatrycznej.

2-letnia dziewczynka z ostrą niedomykalnością zastawki mitralnej w przebiegu infekcyjnego zapalenia wsierdza została przyjęta do Oddziału Kardiochirurgii Dziecięcej Szpitala Św. Wojciecha w Gdańsku z objawami niewydolności krążenia. Z powodu szybko narastających objawów niewydolności wielonarządowej została zakwalifikowana do pilnego leczenia kardiochirurgicznego, natychmiast po wstępnej antybiotykoterapii.

W trakcie operacji stwierdzono nieodwracalne uszkodzenie płatków oraz wegetacje bakteryjne w pierścieniu zastawki mitralnej, uniemożliwiające pierwotną plastykę. Usunięto w całości zakażone tkanki, a następnie w ujście mitralne hybrydowo implantowano zmodyfikowaną, rozprężalną zastawkę Melody TVP 22. Zastawka została poszerzona do średnicy 16mm balonem TyShak. W kontrolnym badaniu echokardiograficznym przezprzetykowym (TEE) bezpośrednio po operacji potwierdzono dobrą funkcję zastawki Melody, stabilną pozycję stentu zastawkowego, bez przecieku okołozastawkowego.

Pomimo powtarzanych posiewów krwi oraz badania usuniętych wegetacji bakteryjnych, nie uzyskano rozpoznania czynnika etiologicznego. Dziewczynka przeszła 6-tygodniową antybiotykoterapię empiryczną i w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu. W kontrolnym badaniu echokardiograficznym po 9 miesiącach, potwierdzono dobrą funkcję zastawki Melody w pozycji mitralnej.

Operacyjne plastyka powinna być techniką z wyboru w przypadku uszkodzenia zastawki, co jest szczególnie ważne u małych dzieci. W przypadku rozległego uszkodzenia, uniemożliwiającego pierwotną naprawę zastawki, hybrydowa implantacja zmodyfikowanej zastawki Melody (Melody-MVR) może być skuteczną, ratującą życie opcją terapeutyczną.

TYTUŁ: Objawy pooperacyjnego zespołu Hornera po korekcji wrodzonej wady serca prowadzące ostatecznie do rozpoznania zespołu Axenfelda-Riegera.

AUTORZY: J.Haponiuk^{1,2}, E.Kwaśniak¹, A.Szofer – Sendrowska¹, M.Chojnicky¹, M.Steffens¹, K.Paczkowski¹, R.Jaworski¹, K.Gierat – Haponiuk³, A.Romanowicz¹, M.Paśko-Majewska¹, I.Haponiuk^{1,3}

E-MAIL: jula.haponiuk@gmail.com

AFILIACJE: 1.O. Kardiochirurgii Dziecięcej, Szpital im. Św.Wojciecha Gdańsk-Zaspa, COPERNICUS PL. 2.Warszawski Uniwersytet Medyczny, II Wydz. Lek. 3.Katedra Fizjoterapii, Wydz. Reh. i Kinezj., AWFIS w Gdańsku.

Zespół Axenfelda-Riegera (ZA-R) to rzadki zbiór genetycznie uwarunkowanych wad wrodzonych, dziedziczony w sposób autosomalnie dominujący, dający objawy między innymi w obrębie przedniego segmentu narządu wzroku, twarzy, uzębienia oraz okolic brzucha, a najnowsze publikacje wskazują na możliwość współwystępowania wrodzonych wad serca. Manifestacja kliniczna w zakresie gałki ocznej jest podobna do zmian występujących w zespole Hornera, jednak etiologię ZA-R wiąże się z obecnością mutacji w obrębie genów PITX2 oraz FOXC1. Zespół ten w ok. 50% prowadzi do jaskry oraz ślepoty, dlatego u pacjentów z podejrzeniem ZA-R wskazana jest stała kontrola okulistyczna.

U 14-letniej pacjentki we wczesnym okresie pooperacyjnym po korekcji wrodzonej wady serca-ubytku przegrody międzyprzedsionkowej typu ASD II, wystąpiły dyskretne objawy wskazujące na prawostronny zespół Hornera, które wiązano z czasowym wprowadzeniem szyjnej kaniuli centralnej. Jednocześnie u dziewczynki stwierdzono odczynowy płyn w osierdziu, który ustąpił po intensyfikacji leczenia farmakologicznego.

Diagnostyka okulistyczna potwierdziła cechy hipoplazji zrębu tęczówki, na jej podstawie wysunięto podejrzenie zespołu Axenfelda–Riegera. W wykonanym badaniu OCT nerwu wzrokowego nie stwierdzono świeżych zmian, zalecono stałą kontrolę okulistyczną, powtarzanie badania OCT oraz ciśnienia śródgałkowego.

Prezentowany przypadek potwierdza opisywany związek występowania zespołu Axenfelda–Riegera z wrodzoną wadą serca, wskazuje również na konieczność wnikliwej oceny potencjalnych powikłań pooperacyjnych, mogących wskazywać na dodatkowe wady genetyczne.

TYTUŁ: Przemieszczenie implantu do gałęzi tętnicy płucnej jako wczesne powikłanie przezskórnego zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego

AUTORZY: K.Andrzejczyk^{1,4}, J.Haponiuk^{1,2}, E.Kwaśniak¹, A.Szofer – Sendrowska¹, M.Chojnicki¹, M.Steffens¹, K.Paczkowski¹, R.Jaworski¹, K.Gierat – Haponiuk³, A.Romanowicz¹, M.Paśko-Majewska¹, I.Haponik^{1,3}

E-MAIL: kar.andrzejczyk@gmail.com

AFILIACJE: 1.O. Kardiochirurgii Dziecięcej, Szpital im. Św. Wojciecha w Gdańsku, COPERNICUS. 2. WUM, Wydz. Lekarski w Warszawie. 3.Kat. Fizjoterapii, Wydz. Reh. i Kinezj., AWFIS w Gdańsku. 4.CM UMK w Bydgoszczy.

Uwolnienie implantu z przemieszczeniem i embolizacją gałęzi tętnicy płucnej stanowi rzadkie powikłanie interwencyjnego zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego. 11-dniowy noworodek z wrodzoną wadą serca i wielkich naczyń pod postacią drożnego przewodu tętniczego został przyjęty na Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej Gdańsk-Zaspa celem dalszej diagnostyki i zamknięcia przewodu. W badaniu echokardiograficznym potwierdzono wadę oraz rozpoznano nadciśnienie płucne. Zakwalifikowano chłopca do leczenia przezskórnego z dostępu przez prawą tętnicę udową. We wczesnym okresie po zabiegu stwierdzono uwolnienie implantu z jego przemieszczeniem do pnia płucnego. W trybie pilnym zakwalifikowano do operacji. Wykonano zabieg zamknięcia przewodu tętniczego z usunięciem uwolnionego implantu przemieszczonego do prawej gałęzi tętnicy płucnej, z dostępu przez sternotomię pośrodkową w zabezpieczeniu krążenia pozaustrojowego. Zabieg oraz wczesny okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań, a dziecko zostało wypisane do domu w stanie ogólnym dobrym. Kardiologia interwencyjna daje szansę leczenia wielu wad serca przy mniejszej inwazyjności, jednak należy pamiętać o możliwości wystąpienia potencjalnie groźnych dla życia powikłań.

TYTUŁ: Niestabilna skrzeplina w prawym przedsionku u 15-letniego pacjenta usunięta operacyjnie 5 miesięcy po korekcji wrodzonej wady serca.

AUTORZY: Ewelina Kwaśniak*, Aneta Szofer – Sendrowska*; Maciej Chojnicki*; Mariusz Steffens*; Konrad Paczkowski*; Katarzyna Gierat – Haponiuk**; Ireneusz Haponiuk*

E-MAIL: ekwasnia@wp.pl

AFILIACJE: *Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej, Szpital Św Wojciecha, COPERNICUS, Gdańsk; **Katedra Fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji i Kinezylogii, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzej

Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa, objawiająca się obecnością skrzeplin w jamach serca, u małych dzieci i nastolatków występuje rzadziej niż u dorosłych. Podkreślany jest wzrost zapadalności wśród dzieci od lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Czynnikiem ryzyka są: obecność centralnego cewnika żylnego, choroba nowotworowa, wrodzona sinicza wada serca, uogólniona infekcja, wcześniejsze interwencje kardiologiczne, oraz stany odwodnienia, i policytemii.

Piętnastoletni pacjent po kardiochirurgicznej korekcji ASD II 5 miesięcy wcześniej, nie miał ewidentnych czynników ryzyka w momencie stwierdzenia u niego balotującej skrzepliny w prawym przedsionku. Po nieskutecznym leczeniu farmakologicznym został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Usunięto okrągły, cylindryczny twór, znajdujący się w okolicy ujścia żyły głównej górnej do prawego przedsionka. W badaniu histopatologicznym stwierdzono zorganizowaną skrzeplinę z naciekami granulocytarnymi, bez cech utkania nowotworowego.

W przypadku powstania skrzepliny w obrębie jamy serca wskazane jest leczenie operacyjne, i usunięcie materiału zakrzepowo-zatorowego.

Wobec braku jasnych wytycznych, bądź zaleceń dotyczących profilaktyki i leczenia zakrzepicy żyłnej u małych dzieci i nastolatków, wypracowywane są własne protokoły postępowania. Rozwój nowych technologii w medycynie wymusza nowe spojrzenie i weryfikację naszej wiedzy na temat pozornie znanego nam już problemu, jakim jest żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, występująca również u dzieci.

TYTUŁ: Kompleksowe leczenie interwencyjne i kardiochirurgiczne w zespole Fallota – cień powikłań w blasku końcowego sukcesu.

AUTORZY: Ewelina Kwaśniak*, Maciej Chojnicki*; Aneta Szofer – Sendrowska*; Mariusz Steffens*; Konrad Paczkowski*; Katarzyna Gierat – Haponiuk**; Ireneusz Haponiuk*

E-MAIL: ekwasnia@wp.pl

AFILIACJE: *Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej, Szpital Św Wojciecha COPERNICUS, Gdańsk; **Katedra Fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji i Kinezylogii, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk.

Zespół Fallota (ToF) jest najczęstszą siniczą wrodzoną wadą serca. Powstaje w wyniku nieprawidłowego rozwoju stożka podpłucnego, w związku z tym przyjmuje się obecnie teorię ‘monologii Fallota’.

Przedstawiamy 2,5-letnią pacjentkę, po etapowym leczeniu interwencyjnym oraz kardiochirurgicznej korekcji ToF:

1. Diagnostyka prenatalna wady – 18 Hbd.
2. 4 doba życia - przeszskórna balonoplastyka RVOT i PV.
3. 26 doba życia - wszczepienie stentu naczyniowego do RVOT- incydentalne przesunięcie stentu do RV – próba przezcewnikowego reponowania stentu do RVOT (nieudana) - stent rozprężono w żyłę głównej dolnej (VCI) przy ujściu do RA. Potwierdzono stabilną pozycję stentu oraz swobodny spływ z IVC oraz żył wątrobowych do RA.
4. 2 miesiąc - zmodyfikowane zespolenie systemowo-płucne typu B-T prawostronne, następnie lewostronne.
5. 11 miesiąc - korekcja anatomiczna z poszerzeniem RVOTO łata ksenogenną Contegra, usunięciem stentu naczyniowego z VCI, plastyką ściany VCI łata osierdziową.
6. 17 miesiąc - przeszskórna balonoplastyka zwężonego odcinka VCI.

W leczeniu zespołu Fallota stosujemy wieloetapową strategię łączącą kardiologiczne procedury diagnostyczno-interwencyjne z klasyczną kardiochirurgią. Potrzeba efektywnego współdziałania kardiochirurga i kardiologa dziecięcego zapewnia optymalną korzyść pacjentom, a jednocześnie minimalizuje skutki potencjalnych powikłań, i niekorzystnych następstw wspólnej terapii w duchu współpracy zespołu hybrydowego.

TYTUŁ: Pierwotny guz prawego przedsionka rozpoznany prenatalnie – opis przypadku.

AUTORZY: Ireneusz Haponiuk, Maciej Chojnicki, Radosław Jaworski, Aneta Szofer-Sendrowska, Konrad Paczkowski, Mariusz Steffens, Marta Paśko-Majewska, Anna Romanowicz, Jolanta Wierzba, Ninela Irga-Jaworska, Kata

E-MAIL: konradpaczkowski@gmail.com

AFILIACJE: Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej, Szpital Św. Wojciecha COPERNICUS Gdańsk-Zaspa

Pierwotne guzy serca u noworodków są niezwykle rzadkie i najczęściej objawiają się niewydolnością serca, płynem w worku osierdziowym lub zaburzeniami rytmu serca.

Przedstawiamy przypadek noworodka operowanego w 1. dobie życia z powodu dużego (3cm) guz prawego przedsionka (RA). Guz został rozpoznany w prenatalnym badaniu echokardiograficznym w 30. tygodniu życia płodowego. Brak objawów niewydolności serca płodu przy starannej kontroli położniczej i powtarzanych badaniach echokardiograficznych pozwolił na planowy poród w 38. tygodniu ciąży. W przekłatkowej echokardiografii po porodzie rozpoznano guz wychodzący z wolnej ściany RA, który nie zaburzał spływu z żył głównych. Z powodu wkliniowywania się guza w zastawę trójdzielną rozpoczęto wlew dożylny prostaglandyny E1 i zakwalifikowano dziecko do operacji w trybie pilnym.

Noworodek operowany w krążeniu pozaustrojowym bez zatrzymywania pracy serca, wykonano resekcję guza z wąskim marginesem ściany przedsionka. Szczególnej uwagi wymagała przebiegająca w bliskim sąsiedztwie prawa tętnica wieńcowa, zatoka wieńcowa oraz zastawka trójdzielna. Wolną ścianę prawego przedsionka uzupełniono łątą z osierdzia własnego. Po operacji włączono do terapii kwas acetylosalicylowy.

W badaniu histopatologicznym usuniętego guza rozpoznano capillary hemangioma pokryty zorganizowaną tkanką włóknistą i endotelium.

Chirurgiczna resekcja guza w 1. dobie życia była skuteczną, bezpieczną dla dziecka procedurą. Echokardiografia płodowa pozwoliła na wczesne wykrycie guza oraz planowy poród w ośrodku dysponującym oddziałem kardiochirurgii dziecięcej.

Kardio-Torakoneptunalia 2017

SESJA PIELEŃNIARSKA

TYTUŁ: Bezpieczeństwo pacjenta z centralnym cewnikiem naczyniowym- odpowiedzialność pielęgniarki.

AUTORZY: Sylwia Terech

E-MAIL: t.sylwia83@wp.pl

AFILIACJE: Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej

Centralne cewniki naczyniowe nie są już zarezerwowane tylko dla pacjentów oddziałów intensywnej terapii. Stały dostęp naczyniowy ma ogromne znaczenie także w leczeniu pacjentów chirurgicznych, którzy poddawani są operacjom wymagającym jednoczesnego prowadzenia płynoterapii i podawania leków we wlewie, ścisłego monitorowania bilansu wodnego, rutynowego pobierania krwi do badań laboratoryjnych, a niekiedy prowadzenia żywienia pozajelitowego. Poza korzyściami klinicznymi, zastosowania "wkłucia centralnego" pozwala choremu na swobodną aktywność oraz znacznie ogranicza ilość iniekcji wykonywanych w okresie pooperacyjnym, które często są traumatycznym doświadczeniem dla chorego.

celem pracy jest przedstawianie zasad dobrej praktyki pielęgnowania pacjenta dorosłego z założonym centralnym cewnikiem naczyniowym. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa przedstawiono czynniki wpływające na przebieg powikłań związanych z użytkowaniem centralnego dostępu naczyniowego oraz prawnych aspektów obsługi cewnika przez personel pielęgniarski.

Rutynowe stosowanie centralnych dostępu naczyniowych w oddziałach chirurgicznych wymaga, w szczególności od pielęgniarek, ujednolicenia w działaniach ukierunkowanych na zapobieganie powikłaniom.

TYTUŁ: Ocena jakości życia chorych po wycięciu mięszu płuca

AUTORZY: Agnieszka Kruk

E-MAIL: a.kruk@gumed.edu.pl

AFILIACJE: Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego GUMed

Wstęp. Rak płuca jest drugim, co do częstotliwości występowania nowotworem złośliwym i główną przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych na świecie. Podstawowym celem leczenia chirurgicznego NDRP jest nie tylko przedłużenie życia, lecz także poprawa jego jakości.

Cel badania. Ocena jakości życia chorych operowanych na niedrobnokomórkowego raka płuca w okresie przed oraz 1 i 3 miesięcy od zabiegu.

Materiał i metody. Badaniami jakości życia objęto 92 chorych zakwalifikowanych do resekcji mięszu płuca. Jakość życia mierzono przy pomocy kwestionariuszy QLQ-C30 (core) wersja 3.0 i modułu dla raka płuca QLQ-LC13, opracowanych przez EORTC.

Wyniki. W badaniu uczestniczyły 43 kobiety (46,7%) i 49 mężczyzn (53,3%). Średnia wieku wynosiła 63 lata SD \pm 8,5. Wykonano 76 lobektomii i 16 pneumonektomii (17,4%).

W pięciu badanych skalach funkcjonowania QoL przy porównaniu wyników badań sprzed zabiegu z wynikami po trzech miesiącach od operacji istotne różnice odnotowano jedynie w zakresie funkcjonowania fizycznego ($p < 0,001$) i emocjonalnego ($p = 0,046$). W ogólnej ocenie stanu zdrowia i jakości życia wyniki były jednak nieistotne ($p = 0,537$). Po 3 miesiącach od operacji ogólna ocena stanu zdrowia i jakości życia chorych po lobektomii nie różniła się istotnie od oceny jakości życia chorych po pneumonektomii ($p = 0,694$).

Wnioski. Operacje wycięcia mięszu płuca powodują silne dolegliwości bólowe, wywołują zmęczenie i powodują zmiany w stanie biopsychospołecznym chorych, na co wskazuje obecność istotnych różnic w zakresie wszystkich domen jakości życia i ogólnej oceny stanu zdrowia i jakości życia. Zakres wycięcia mięszu płuca nie ma istotnego wpływu na jakość życia chorych z rakiem płuca, leczonych chirurgicznie w okresie do 3 miesięcy po zabiegu.

TYTUŁ: Retrospektywna analiza procesu leczenia i pielęgnowania pacjentów z urazem klatki piersiowej hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej w Gdańsku w latach 2014-2016.

AUTORZY: Katarzyna Pietrzak

E-MAIL: pietrzakkasia@gumed.edu.pl

AFILIACJE: Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Uraz jest to zjawisko polegające na oddziaływaniu siły zewnętrznej, obciążenia lub innej formy działania szkodliwego na żywy organizm. Urazy klatki piersiowej stanowią 3-10% urazów leczonych w szpitalach i powodują 25% zgonów pourazowych.

Celem pracy jest analiza procesu leczenia i pielęgnowania pacjentów z urazem klatki piersiowej hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej w latach 2014-2016, ze szczególnym uwzględnieniem udziału personelu pielęgniarstwa w edukacji i rekonwalescencji chorych. Metodami badawczymi, którymi się posłużono są analiza piśmiennictwa o tematyce torakochirurgicznej oraz analiza dokumentacji medycznej.

Grupę badawczą stanowiło 16 pacjentów Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej hospitalizowanych z powodu urazu w latach 2014-2016, spośród których 4 stanowiły kobiety o średniej wieku 67lat. Pozostałymi pacjentami byli mężczyźni w wieku średnio 41lat. Dominującym mechanizmem urazu był upadek z różnej wysokości, wypadki komunikacyjne stanowiły 31% wszystkich opisanych przyczyn pobytu w oddziale.

Każdy z chorych został zakwalifikowany do poszczególnej kategorii opieki według standardu obowiązującego w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym. Kategoryzacja pacjentów pozwala na ocenę zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa. W pracy opisano kluczowe problemy pielęgnacyjne chorych z urazem klatki piersiowej oraz rolę pielęgniarki w ich rozwiązywaniu.

Zadaniem pielęgniarki jest poprawa jakości życia pacjentów, minimalizowanie ryzyka powikłań pourazowych oraz kształtowanie zachowań prozdrowotnych. W planowaniu opieki pielęgniarstwa konieczne jest uwzględnienie zarówno stanu biologicznego, jak również pozostałych sfer jego życia.

TYTUŁ: Wpływ zwiększonej intensywności rehabilitacji na wynik testu marszu 6-minutowego u pacjentów po wszczępieniu pomostów aortalno-wieńcowych – wyniki wstępne.

AUTORZY: Daniel Karaszewski, Radosław Wilimski, Sylwia Nakrajnik, Paweł Królak, Romuald Cichoń, Piotr Hendzel

E-MAIL: d-karaszewski@o2.pl

AFILIACJE: Klinika Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Uwzględniając rozwój kardiochirurgii, dąży się do optymalizacji procesu rehabilitacji kardiologicznej. Czy zmodyfikowanie standardów i zwiększenie intensywności ćwiczeń u pacjentów po wszczępieniu pomostów aortalno-wieńcowych, może wpłynąć na poprawę wydolności?

Celem pracy była ocena efektów zmodyfikowania standardów rehabilitacji kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, u pacjentów po przebytych wszczępieniu pomostów aortalno-wieńcowych w okresie wczesnym szpitalnym, przy użyciu testu marszu 6-minutowego.

Materiał i metody: Przebadano 100 mężczyzn losowo przydzielonych do dwóch pięćdziesięcioosobowych grup (47-84 lat), których poddano operacji rewaskularyzacji mięśnia sercowego w Klinice Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Grupa I rehabilitacja standardowa. Grupa II rehabilitacja zmodyfikowana. Kryteria kwalifikacyjne: płeć męska, skala CCS \leq II, skala NYHA \leq II, EF \geq 40, powyżej 4 tyg. od ewentualnego zawału serca, bez ChNR, bez PChN, planowa operacja, bez powikłań. Przed operacją oraz w 6 dobie po operacji przeprowadzono test 6-minutowy.

Wyniki: Test końcowy wykazał różnice: Średnie zmęczenie grupa A-2,85, grupa B-1,54. Przedział zmęczenia grupa A 0-6, grupa B 0-4. Średni przebyty dystans grupa A-320,76 metrów, grupa B-366 metrów. W grupie A 15 badanych nie uzyskało wyniku minimalnego 300m. W grupie B wszyscy uzyskali wynik powyżej 300m. Wyniki testu przedoperacyjnego między grupami zbliżone.

Wnioski: Zwiększenie intensywności rehabilitacji jest korzystne i bezpieczne dla Pacjentów.

TYTUŁ: Skojarzone leczenie martwicy poradiacyjnej w przebiegu adjuwantowej radioterapii raka piersi - opis przypadku

AUTORZY: Justyna Dąbrowska

E-MAIL: kruszka.justyna@gmail.com

AFILIACJE: Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Martwica tkanek miękkich należy do złożonych powikłań leczenia przy zastosowaniu radioterapii. Leczenie rozległych zmian martwiczych kompleksowo obejmuje chirurgiczne oczyszczanie rany, regularną zmianę opatrunków, w wybranych przypadkach terapię hiperbaryczną i operacją plastyczną. W pracy przedstawiono wyniki leczenia 51-letniej pacjentki z rozpoznaniem rozległej martwicy poradiacyjnej w przebiegu skojarzonego leczenia raka prawej piersi (tj. mastektomia wraz z adjuwantową radioterapią w latach 2014-2015).

Pacjentkę leczono w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku w okresie kwiecień - listopad 2016 roku. Przy przyjęciu stwierdzono rozległą martwicę prawej ściany klatki piersiowej obejmującą tkanki miękkie oraz żebra 3-6 w odcinkach przednich do linii pachowej przedniej.

Wdrożono leczenie skojarzone - oczyszczanie rany z tkanek martwiczych w znieczuleniu ogólnym w warunkach bloku operacyjnego, a następnie w znieczuleniu miejscowym, terapię podciśnieniową VAC, oczyszczanie ultradźwiękowe oraz tlenoterapię hiperbaryczną. Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia operacyjnego, usuwając fragmenty martwiczo zmienionych chrząstek i części kostnych żeber 3-6 oraz zmian w zakresie rany klatki piersiowej. Proces leczniczy zakończono operacyjną transpozycją płatów skórno-mięśniowych do ubytków ściany klatki piersiowej.

Po uzyskaniu znaczącej poprawy miejscowej pacjentkę wypisano do domu w listopadzie 2016. Hospitalizacja trwała 8 miesięcy. W okresie 10-miesięcznej obserwacji efekt leczniczy jest zadowalający i niepowikłany, a pacjentka nie wymaga dalszego leczenia.

TYTUŁ: Zastosowanie podciśnienia w profilaktyce powikłań gojenia ran pooperacyjnych

AUTORZY: Agnieszka Patrzyczna, Piotr Hendzel, Romuald Cichoń, Radosław Wilimski

E-MAIL: a.patrzyzna@gmail.com

AFILIACJE: Klinika Kardiologii WUM

Terapia podciśnieniowa (NPWT) zazwyczaj kojarzy się z rozległymi, trudno gojącymi się ranami wymagającymi przedłużonej hospitalizacji. Stale postępujący rozwój technologiczny pozwala na zastosowanie podciśnienia w profilaktyce ran pierwotnie zamkniętych. Metoda ta jest szczególnie przydatna u pacjentów z ryzykiem powikłanego gojenia: zaburzenia odporności, otyłość, cukrzyca. Celem leczenia podciśnieniem ran pierwotnie zamkniętych nie jest odprowadzanie wydzieliny z rany ale poprawa warunków jej gojenia przez stymulację i zwiększone utlenowanie tkanek oraz zmniejszenie naprężeń w obrębie rany. Zastosowanie profilaktycznej terapii podciśnieniowej w kardiologii znacząco zmniejsza ilość zakażeń ran i stosowania antybiotyków szczególnie w grupie z licznymi czynnikami ryzyka powikłań ran pooperacyjnych.

TYTUŁ: Terapia podciśnieniowa z aktywnym drenażem płuczającym

AUTORZY: Agnieszka Patrzyczna, Piotr Hendzel, Romuald Cichoń, Radosław Wilimski

E-MAIL: a.patrzychna@gmail.com

AFILIACJE: Klinika Kardiochirurgii WUM

Nowatorskim rozwinięciem koncepcji podciśnieniowego leczenia ran (NPWT) jest połączenie klasycznego opatrunku podciśnieniowego z układem do jednoczesnego aktywnego płukania tzw. instalacji (NPWTi). Stanowi ona kolejny krok w ewolucji leczenia trudno gojących się ran. Dzięki takiemu połączeniu udaje się zwiększyć dynamikę i efektywność gojenia ran szczególnie tych z nasilonymi miejscowymi objawami zakażenia. Dodatkowa funkcja płukania daje możliwość miejscowego podanie antyseptyku lub antybiotyku, natomiast dzięki wprowadzeniu roztworu wodnego rozrzedza się wysięk przez co drenaż z rany jest efektywniejszy. Kolejną zaletą jest podtrzymanie wilgotnego środowiska w ranie, sprzyjającego procesowi gojenia.

TYTUŁ: Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem u chorych po leczeniu chirurgicznym z powodu raka płuca.

AUTORZY: Sylwia Barsow

E-MAIL: sbarrow@gmail.com

AFILIACJE: Gdański Uniwersytet Medyczny

Wstęp. Stres związany z koniecznością poddania się operacji dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet. Umiejętność radzenia sobie z nim jest predyspozycją człowieka znacząco powiązaną z poczuciem koherencji i określonym stylem radzenia sobie ze stresem.

Cel. Określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji, a rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem po operacji usunięcia raka płuca jako wyznacznika powrotu do zdrowia oraz właściwego funkcjonowania w życiu codziennym.

Materiał i metoda badawcza. Przebadano 67 pacjentów operowanych na raka płuca w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Do określenia stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych wykorzystano kwestionariusz CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji Szczepaniaka, Strelaua, Wrzesniewskiego. Poczucie koherencji oceniono za pomocą kwestionariusza Antonovsky'ego SOC-29- kwestionariusz orientacji życiowej.

Wyniki. Poczucie koherencji mieściło się na poziomie przeciętnym. Badani pacjenci ujawniali styl zadaniowy i emocjonalny radzenia sobie z problemem zdrowotnym. Osoby o wyższym poziomie ogólnego poczucia koherencji częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu, a badani o niższym poziomie preferowali styl emocjonalny.

Wnioski. Otrzymane wyniki stanowią punkt wyjścia do dalszych badań i mogą służyć opracowaniu modelu psychoedukacji oraz wsparcia psychologicznego oraz planowania opieki medycznej na różnych etapach leczenia pacjentów.

TYTUŁ: Małopłytkowość poheparynowa w kardiochirurgii

AUTORZY: Łucja Brodzka, Anna Słowikowska, Piotr Hendzel, Romuald Cichoń, Radosław Wilimski

E-MAIL: lucja.brodzka@gmail.com

AFILIACJE: Klinika Kardiochirurgii WUM

Heparyna i jej pochodne należą do najczęściej stosowanych w praktyce klinicznej leków. Używa się ich podczas zabiegów naczyniowych i kardiochirurgicznych, są także podstawą leczenia i profilaktyki powikłań zakrzepowo-zatorowych. W nefrologii mają również szerokie zastosowanie: heparyna jest przede wszystkim podstawowym antykoagulantem stosowanym w dializoterapii zarówno do prowadzenia zabiegów hemodializy, jak i leczenia nerkozastępczego technikami ciągłymi. Skuteczność, łatwość podawania (w przypadku heparyn drobnocząsteczkowych), niski koszt i krótki okres półtrwania (w przypadku heparyny niefrakcjonowanej) to bezsprzeczne zalety heparyny. Jednak równocześnie ze wzrostem częstości stosowania leku rośnie również częstość groźnego powikłania leczenia heparynami, jakim jest małopłytkowość wywołana heparyną (HIT, heparin induced thrombocytopenia). Błędne jest przekonanie, że HIT jest zespołem rzadkim — heparyny są obecnie najczęstszą przyczyną małopłytkowości polekowej. Niestuszna jest również opinia, że w leczeniu HIT wystarczy samo odstawienie heparyny — nieleczony lub nieprawidłowo leczony HIT wiąże się z dużą śmiertelnością chorych.

TYTUŁ: Rehabilitacja pacjenta z licznymi powikłaniami po operacji rozwarstwienia aorty typu A z ciężkim przebiegiem pooperacyjnym.

AUTORZY: Katarzyna Gierat-Haponiuk^{1,3}, Agnieszka Sobierajska-Rek, Dominika Szalewska¹, Małgorzata Kusiak-Kaczmarek¹, Jarosław Tomaszewski¹, Piotr Niedożytko¹, Ireneusz Haponiuk^{2,3}
E-MAIL: Katarzyna.haponiuk1@gumed.edu.pl

AFILIACJE: 1.Kl. Rehabilitacji, GUMed. 2.O. Kardiologii Dziecięcej, Szpital im. Św. Wojciecha Gdańsk-Zaspa, COPERNICUS PL. 3.Katedra Fizjoterapii, Wydz. Rehabilitacji i Kinezyjologii, AWFIS Gdańsk.

Ostre rozwarstwienie aorty typu A jest stanem zagrożenia życia, wymagającym leczenia kardiochirurgicznego w trybie pilnym. Leczenie operacyjne obarczone wysokim ryzykiem powikłań wczesnych i odległych, zależnych od choroby podstawowej, dodatkowych przedoperacyjnych obciążeń zdrowotnych, rozległości interwencji kardiochirurgicznej i intensywnej terapii pooperacyjnej.

Prezentujemy przypadek 60-letniego pacjenta z powikłaniami z niewydolnością wielonarządową po operacji ostrego rozwarstwienia aorty wstępującej i łuku leczonego plastyką zastawki aortalnej, wszyciem protezy naczyniowej z wymianą łuku aorty, skierowanego na rehabilitację.

Pacjent, przyjęty na oddział rehabilitacji w stanie ogólnym średnim, wyniszczony, wyrównany krążeniowo i oddechowo, z rurką tracheostomijną, z ograniczoną świadomością, afazją, uszkodzeniem ogniskowym OUN, niedowładem prawostronnym, PEG', unieruchomiony w łóżku, wymagający pomocy we wszystkich czynnościach dnia codziennego (skala Rankina 5, Index Barthel 4). Wdrożono intensywne usprawnianie ze stałą obserwacją parametrów krążeniowo-oddechowych. W trakcie terapii obserwowano powrót sprawności pacjenta z poprawą wskaźników układu krążenia, stabilizacją ciśnienia tętniczego i pełnym uruchomieniem chorego. Przed wypisem do domu wykonano kontrolne badania obrazowe (TTE) i czynnościowe (test spiroergometryczny), które były zbliżone do norm dla wieku.

Prezentowany przypadek potwierdza potrzebę wdrażania rehabilitacji u wszystkich chorych, nawet u pacjentów z potencjalnie nieodwracalnymi, ciężkimi następstwami chorób układu krążenia i powikłaniami pooperacyjnymi, u których efektywność dobrze zaprogramowanej rehabilitacji może przesądzać o końcowym dobrym efekcie leczenia.

TYTUŁ: Fizjoterapia przez zabawę – usprawnianie po resekcji mięszu płuca (opis przypadku)

AUTORZY: Damian Wnuk ^{1,2}, Joanna Żuralska-Wnuk ¹

AFILIACJE: 1 – Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Fizjoterapii

2 – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej

Postępowanie fizjoterapeutyczne w torakochirurgii jest istotnym elementem procesu leczenia. Mnogość problemów terapeutycznych i znaczące ryzyko wystąpienia różnorodnych powikłań w okresie pooperacyjnym sprawia, że powrót do pełnej prawności po zabiegu operacyjnym może być procesem złożonym. Dodatkowe wyzwanie terapeutyczne stanowić może wiek pacjenta. Praca opisuje przypadek niespełna czteroletniego chłopca poddanego zabiegowi resekcji płata dolnego płuca lewego z powodu wrodzonej torbielowatości płuc CAM – typ 2. Zabieg wykonany w Lutym 2017. Powikłany w przebiegu pooperacyjnym nieżytem jelitowym wywołanym przez rotawirusy, co bardzo ograniczyło możliwość usprawniania w trakcie okresu szpitalnego.

Od Kwietnia 2017 prowadzona terapia obejmująca kilka głównych kierunków tj: funkcję kończyny górnej i obręczy barkowej, bezbólowy, pełny zakres ruchomości kończyny, mobilność, elastyczność i estetykę blizny pooperacyjnej, stabilizację tułowia i higienę postawy ciała, reedukacja prawidłowego wzorca oddychania i poprawę wydolności fizycznej. Istotny dodatkowy problem to uogólniona hipermobilność stawowa stwarzająca możliwość występowania niepożądanych kompensacji.

Równoległe z usprawnianiem pacjent dodatkowo diagnozowany z powodu zaburzeń metabolicznych (hipercholesterolemia) i hematologicznych i pulmonologicznych – wysnuto podejrzenie Mukowiscydozy.

Dotychczasowe postępowanie pozwoliło uzyskać pełen zakres ruchu kończyny górnej i obręczy barkowej po stronie przeprowadzonego zabiegu, bez występowania dolegliwości bólowych. Poprawę estetyki i elastyczności blizny pooperacyjnej, symetrię ciała i postawę ciała adekwatną do wieku rozwojowego.

Proces usprawniania jest nadal kontynuowany i poza utrwaleniem osiągniętych już efektów pacjent wymaga dalszej terapii dotyczącej wzorca ruchu łopatki, a także poprawy wydolności fizycznej.

TYTUŁ: Zakres kompetencji zawodowych pielęgniarek w świetle ustawodawstwa

AUTORZY: Mariola Pietrzak, Zofia Sienkiewicz, Barbara Knoff

AFILIACJE: Warszawski Uniwersytet Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wprowadzenie. Zawód pielęgniarki należy do zawodów regulowanych. Jego wykonywanie jest obwarowane wieloma aktami, normami i przepisami prawnymi. Pielęgniarka realizując świadczenia zdrowotne musi posiadać wymagane kwalifikacje. System kształcenia pielęgniarek w Polsce zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego jest poddawany permanentnym modyfikacjom. Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki, warunki uzyskania prawa wykonywania zawodu oraz zasady kształcenia zawodowego oraz kształcenia podyplomowego reguluje ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039). Zakres samodzielnie wykonywanych świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarza przez pielęgniarkę uwarunkowany jest posiadanymi przez nią kwalifikacjami zawodowymi i określony w drodze rozporządzenia.

Cel pracy. Przedstawienie zakresu kompetencji pielęgniarki w zależności od uzyskanych kwalifikacji zawodowych.

Słowa kluczowe. Pielęgniarka, kompetencje zawodowe, kwalifikacje zawodowe, świadczenia zdrowotne.

TYTUŁ: Zakres kompetencji zawodowych pielęgniarek w świetle ustawodawstwa

AUTORZY: Mariola Pietrzak, Zofia Sienkiewicz, Barbara Knoff

AFILIACJE: Warszawski Uniwersytet Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wprowadzenie. Zawód pielęgniarki należy do zawodów regulowanych. Jego wykonywanie jest obwarowane wieloma aktami, normami i przepisami prawnymi. Pielęgniarka realizując świadczenia zdrowotne musi posiadać wymagane kwalifikacje. System kształcenia pielęgniarek w Polsce zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego jest poddawany permanentnym modyfikacjom. Zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki, warunki uzyskania prawa wykonywania zawodu oraz zasady kształcenia zawodowego oraz kształcenia podyplomowego reguluje ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039). Zakres samodzielnie wykonywanych świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarza przez pielęgniarkę uwarunkowany jest posiadanymi przez nią kwalifikacjami zawodowymi i określony w drodze rozporządzenia.

Cel pracy. Przedstawienie zakresu kompetencji pielęgniarki w zależności od uzyskanych kwalifikacji zawodowych.

Słowa kluczowe. Pielęgniarka, kompetencje zawodowe, kwalifikacje zawodowe, świadczenia zdrowotne.

TYTUŁ Jak rozwijać kompetencje społeczne niezbędne w funkcjonowaniu zespołu terapeutycznego w kardiologii?

AUTORZY: Zofia Sienkiewicz, Mariola Pietrzak, Grażyna Wójcik, Barbara Knoff, Ewa Kobos, Anna Leńczuk – Gruba, Jacek Imiela

AFILIACJE: Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie

Kompetencje społeczne obejmują posiadanie wiedzy, umiejętności i postaw, które wyrażają się w kontaktach interpersonalnych, dojrzałości społecznej umożliwiającej sprawne wykonywanie zadań zawodowych.

Celem pracy było poszukiwanie skutecznych sposobów rozwijania kompetencji społecznych.

W opracowaniu zwrócono uwagę na: definiowanie kompetencji społecznych, źródła formy rozwoju zawodowego, dyspozycje ważne dla zawodu pielęgniarstwa, powiązanie kompetencji społecznych z rynkiem pracy, sposoby i kryteria oceny kompetencji społecznych realizowanych podczas kształcenia studentów pielęgniarstwa na studiach I i II stopnia.

Podsumowanie

Kompetencje społeczne należy celowo rozwijać, stymulować i wzmacniać; umiejętnie łączyć z rozwojem życiowym i zawodowym. Obserwować i mierzyć stosując kryteria i skale.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne

TYTUŁ: Temat: Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród uczestników badania przesiewowego w kierunku raka płuca.

AUTORZY: Żaneta Słoma

AFILIACJE: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Współwystępowanie chorób nowotworowych płuc oraz zaburzeń depresyjnych jest częstym stanem wśród uczestników badania przesiewowego w kierunku raka płuca. Badanie przesiewowe, inaczej MOLTEST pozwala wykryć zmiany w płucach za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej. Przed wykonaniem tomografii komputerowej, w czasie oczekiwania na wynik oraz po otrzymaniu wyniku tomografii komputerowej wśród uczestników przeprowadzono ankietę dotyczącą oceny samopoczucia. W tym celu wykorzystano Skalę Depresji Becka. Skala nie posłużyła jako diagnoza zaburzeń depresyjnych, lecz miała za zadanie wykrycie objawów depresyjnych wśród badanych. Wynik ankiety pokazujący występowanie objawów zaburzeń świadczy o konieczności udzielenia pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej pacjentom z podejrzeniem występowania nowotworu płuc. Podczas rozmowy z badanymi można wywnioskować, że u większości zaburzenia depresyjne są wywołane długoletnim nikotynizmem, sytuacją materialną, niepowodzeniem w życiu rodzinnym, a także oczekiwaniem na wynik tomografii komputerowej płuc oraz pozytywnym wynikiem badania MOLTEST. Depresja jest poważną chorobą psychiczną, która wymaga długotrwałej terapii. Nielezione zaburzenia depresyjne zagrażają nie tylko zdrowi, ale również życiu człowieka.

