



**STRESZCZENIA PRAC PREZENTOWANYCH PODCZAS SESJI VII
PRACE ORYGINALNE**

Aspirynooporność u chorych operowanych w klinikach naczyniowych - niedoceniany problem, mogący zaprzepaścić efekty leczenia zabiegowego

Michał Juszyński, Adam Lewszuk, Jolanta Obidzińska-Trościanko, Grzegorz Madycki

*Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej – Szpital Bielański ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie*

Wstęp

Właściwości antyagregacyjne kwasu acetylosalicylowego (ASA) są szeroko wykorzystywane u chorych poddawanych zabiegom naczyniowym na świecie. Mimo powszechnego zastosowania ASA u tych chorych, znacząca liczba powikłań zakrzepowo – zatorowych pozostaje nadal istotnym problemem.

Materiał i Metody

Do badania włączono 140 chorych leczonych w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii CMKP z powodu chorób aorty lub naczyń obwodowych, które nie przyjmowały ASA do czasu przyjęcia do Kliniki.

Do oznaczenia wrażliwości agregacyjnej płytek krwi użyto analizatora MultiPlate firmy Roche. Wykonywano test agregacji zależnej od cyklooksygenazy, a więc wrażliwej na kwas acetylosalicylowy – tzw. ASPI-test. Wszyscy chorzy mieli wykonany pierwszy ASPI-test w dniu przyjęcia do Kliniki. Drugi ASPI-test wykonywano w okresie pooperacyjnym, tuż przed wypisem chorego ze szpitala – średnio około tygodnia po pierwszym teście. W tym czasie 29 chorych rozpoczęło regularne przyjmowanie ASA.

Wyniki

Wśród chorych w grupie badanej, wartości ASPI-testów zawierały się w przedziale od 61 do 1837 (średnio 771). Wartości ASPI w grupie tych 29 osób, które nie przyjmowały ASA przed pierwszym badaniem MultiPlate, a przyjmowały ASA podczas drugiego badania MultiPlate, wynosiły od 244 do 1357 (średnia ASPI: 1002). Po rozpoczęciu przyjmowania przez nie ASA – w drugim badaniu MultiPlate, wartości ASPI wynosiły od 33 do 1057 (średnia 368). Obserwowano więc wyraźny spadek agregacji płytek po rozpoczęciu przyjmowania przez pacjentów ASA (średnio spadek ASPI z 1002 na 368 czyli o 634). Aspirynooporność wykazywało 3 spośród tych 29 chorych - ASPI: 828, 856 i 1057. ASPI przed

XVII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

POSTĘPY W CHIRURGII NACZYN

Kazimierz Dolny, 20 - 22 kwietnia 2018 r.



rozpoczęciem przyjmowania ASA: 1267, 1306 i 1188 - były to jedne z najwyższych wartości ASPI, jakie uzyskano wśród osób nieprzyjmujących pierwotnie ASA.

Wnioski

Zjawisko aspirynooporności u chorych przyjmujących ASA, operowanych w klinikach naczyniowych może wynikać z wybitnej wyjściowej predyspozycji proagregacyjnej płytek krwi u tych osób.



Odrębne sposoby leczenia pacjenta z koarktacją aorty na podstawie trzech przypadków klinicznych

Wojciech Stecko ⁽¹⁾, Piotr Wańczura ⁽¹⁾, Robert Sabiniewicz ⁽²⁾

(1) Oddział Kardiologii, Pracownia Radiologii Zabiegowej, Szpital MSWiA w Rzeszowie

(2) Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca, Gdański Uniwersytet Medyczny

Praca z Oddziału Kardiologii i Pracowni Radiologii Zabiegowej Szpitala MSWiA w Rzeszowie przedstawia trzy przypadki koarktacji aorty, będące jednocześnie ilustracją możliwych metod leczenia tej rzadko rozpoznawanej choroby.

Pierwszy dotyczy 62-letniej pacjentki po operacji z powodu koarktacji aorty przed 26 laty, z wszyciem bypassu omijającego zwężenie aorty. Z powodu ciężkiego opornego nadciśnienia tętniczego chorą poddano diagnostyce, rozpoznając niedrożność aorty z krytycznym zwężeniem dalszego zespolenia pomostu z aortą. Wartość gradientu skurczowego przez zwężenie wynosząca 90 mmHg oraz ciśnienie tętnicze uległy normalizacji po skutecznej angioplastyce z implantacją stentu.

Drugi przypadek dotyczy 26-letniej pacjentki z zespołem Turnera i podejrzeniem koarktacji aorty. W wykonanej aortografii potwierdzono rozpoznanie, oznaczono metodą krwawą skurczowy gradient, który wynosił 40 mmHg oraz uwidoczniono nie rozpoznawany dotychczas drożny przewód tętniczy (Bottala). Poprzez implantację stentu krytego poszerzono koarktację, zamykając jednocześnie przewód tętniczy. Trzeci przypadek ilustruje bezobjawową 29-letnią chorą po balonowej plastyce koarktacji aorty 11 lat temu, obecnie poddaną diagnostyce inwazyjnej z powodu stwierdzonego w badaniu echokardiograficznym podwyższonego gradientu ciśnień przez koarktację. Aortografia oraz badanie angio-CT wykazały dodatkowo rzadki wariant anatomiczny odejścia naczyń dogłowych, zaś inwazyjnie zmierzony gradient, oscylujący wokół granicy wskazań do leczenia inwazyjnego, jak również brak nadciśnienia tętniczego nakazały zakwalifikować chorą do leczenia zachowawczego i systematycznej obserwacji.

Przedstawione przypadki pacjentek stanowią przegląd dostępnych metod terapii oraz wskazań do leczenia tej zbyt rzadko rozpoznawanej choroby.



Wewnątrznaczyniowe leczenie urazów tętnic obwodowych

Arkadiusz Woźniak, Michał Chlabicz, Jerzy Głowiński

Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantacji, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wstęp: Urazy tętnic obwodowych stanowią zagrożenie życia z powodu krwotoku, a także mogą być przyczyną utraty kończyny na skutek następstw ich ostrego niedokrwienia. Uszkodzenia tętnic często towarzyszą złamaniom kończyn. Podstawą leczenia chirurgicznego jest jak najszybsze odtworzenie przepływu, aby zapobiec następstwom przedłużonego ostrego niedokrwienia. Rozwój technik wewnątrznaczyniowych przyczynia się do uzyskiwania coraz lepszych wyników leczenia i znacznie skraca czas zabiegu, a tym samym okres ostrego niedokrwienia kończyny.

Uszkodzenia naczyń może występować pod postacią całkowitego lub częściowego przerwania jego ciągłości, stłuczenia ściany naczyń, oraz uszkodzenia podprzydankowego z zakrzepem zamykającym światło tętnicy. Endowaskularne leczenie jest dobrym rozwiązaniem w leczeniu urazu, w którym częściowo zachowana jest ściana naczyń. Mała inwazyjność, czas trwania procedury, skrócenie czasu niedokrwienia ma znaczenie szczególnie u pacjentów we wstrząsie krwotocznym.

Materiał i metody: W Klinice Chirurgii Naczyń i Transplantacji UMB wykonywane są procedury endowaskularnego zaopatrzenia urazów tętnic poprzez implantację stentu w miejscu urazu. W ciągu ostatniego roku wykonano 2 operacje naprawcze tętnic biodrowych, 3 tętnic udowych powierzchownych i 2 tętnice podkolanowe. Uszkodzenia tętnic poprzedzone były diagnostyką obrazową tomografii komputerowej. Po kaniulacji proksymalnego odcinka uszkodzonej tętnicy wykonywano predylatację a następnie implantowano stent dedykowany do określonego rodzaju tętnicy.

Wyniki: Wszystkie wykonane zabiegi (7 procedur endowaskularnych) zakończyły się sukcesem – przywrócono przepływ w odcinkach tętnic poniżej urazu, nie doszło do żadnej amputacji. W 5 przypadkach zabiegi zakończyły się fasciotomią czteroprziedziałową, z następczą nekrektomią oraz kontynuacją leczenia rany terapią podciśnieniową i przeszczepem skóry. U pozostałych 2 pacjentów nie obserwowano zespołu ciasnoty śródpowięziowej.

Wnioski: Procedury endowaskularne w urazach tętnic są małoinwazyjną i skuteczną alternatywą leczenia operacyjnego, niestety do zastosowania w wybranych przypadkach klinicznych.



Efekty udzielenia angiochirurgicznej pomocy rannym z uszkodzeniami naczyń krwionośnych kończyny dolnej oraz żyły ramiennie-głowej w warunkach prowadzenia działań wojennych oraz ataków terrorystycznych w strefie operacji antyterrorystycznej (ATO)

Julian Król, Andzej Bondarewskyj, Nikolaj Szczepetow, Wolodymyr Rogowskyj

Państwowy wojskowy kliniczny szpital w Kijowie (Ukraina), Oddział chirurgii naczyniowej

Aktualność: Obrażenia kończyn górnych i dolnych stanowią 70-80% wszystkich obrażeń naczyniowych, przy czym 10-15% wypadków to uszkodzenia naczyń w odcinku szyjnym, a 5-10%— w okolicach tułowia. Z badań historycznych wynika, iż śmiertelność w wyniku krwotoku z uda wynosiła 75 %, obecnie natomiast dzięki stosowaniu zasad TCCC zmniejszyła się do 10 %, poziom amputacji w przypadku ran w okolicach tętnicy podkolanowej wynosił 45%, obecnie nie więcej niż 25%, inwalidztwo 60-65%. Urazy kończyn

Cel: Zbadanie efektywności udzielania pomocy angiochirurgicznej rannym z ranami postrzałowymi naczyń kończyny dolnej oraz żyły ramiennie-głowej na II i III poziomie pomocy medycznej w strefie ATO (Ukraina) zgodnie ze standardami NATO.

Materiały i metody: W okresie od 2014 do 2017 roku na leczeniu w klinice chirurgii naczyniowej w Narodowym Wojskowo-Medycznym Centrum Klinicznym „Głównego Wojskowego Szpitala Klinicznego” znajdowało się 237 rannych ze strefy ATO, mających uszkodzenia naczyń kończyny dolnej oraz odcinka ramiennie-głowego. Ranni zostali przewiezieni transportem sanitarnym w ciągu pierwszych godzin po odniesieniu ran i zostali zakwalifikowani na II poziom pomocy medycznej. Z 237 rannych wybrano przypadki z najczęstszym typem uszkodzeń. I tak, obrażenia naczyń w okolicach głowy i szyi zostały zdiagnozowane u 6 chorych (4.3%), obrażenia kończyn górnych u 37 chorych (26.2%), obrażenia kończyn dolnych stwierdzono u 98 chorych (69.5%), przy czym porażenie części biodrowej stwierdzono u 3 chorych (2%), części rzepekowo-podkolanowego u 64 (65.3%) i goleniowej u 20 rannych (20.4%), rany odcinka rzepekowego-podkolanowego zdiagnozowano u 11 chorych (11.2%), biodrowego i rzepekowego-podkolanowego u 1 rannego (1.1%). Opiszę typowy przypadek kliniczny: Diagnoza: rany odniesione w wyniku wybuchu miny. Liczne ślepe rany postrzałowe odniesione wskutek działania odłamków. Ślepe rany postrzałowe odniesione wskutek działania odłamka w górnej części lewego uda z uszkodzeniem powierzchniowej tętnicy i żyły udowej. Niedokrwistość subkompensowana lewej dolnej kończyny II stopnia. Na drugim poziomie pomocy zostało wykonane miejscowe zatrzymanie krwawienia oraz operacja rekonstrukcyjno-odnawiająca uszkodzonego naczynia (proteza naczyniowa). Na III poziomie z powodu powstania zakrzepicy protezy zostało wykonane powtórne autożylne pomostowanie aortalno-wieńcowe ogólnoudowo-powierzchniowoudowe oraz utworzono anastomozę proksymalną i dystalną w kanale przywodziciela, usunięto obumarłe mięśnie przedniej części goleniowej. Zazwyczaj okres pooperacyjny jest okresem sprzyjającym, stan krwioobiegu kończyny dolnej jest skompensowany.



Następna grupa chorych z postrzałową ślepą raną szyi oraz klatki piersiowej z uszkodzeniem prawej części podobojczykowej oraz żyły szyjnej wewnętrznej, złamaniem prawego obojczyka, pierwszego żebra, ciała łopatki po prawej stronie, z obcymi ciałami (kule) w przekroju górnej części prawego płuca, łopatki. Na II poziomie pomocy zostało przeprowadzone miejscowe zatrzymanie krwotoku, torakocenteza, punkcja prawej części jamy opłucnej, drenaż prawej części jamy opłucnej metodą Bulau. Wykonano rewizję powrózka nerwowo-naczyniowego szyi oraz prawej górnej kończyny po prawej stronie, zatamowanie krwotoku, usunięcie krwaka, opatrunek części podobojczykowej oraz zewnętrznej i wewnętrznej żyły szyjnej, autożylne protezowanie prawej tętnicy pachwinowej, autoplastyka prawej tętnicy podobojczykowej oraz metaloosteosynteza prawego obojczyka, fasciotomia dystalna kończyny.

Wnioski: Rany postrzałowe naczyń krwionośnych są skomplikowaną i niebezpieczną patologią, której towarzyszy wysoki stopień śmiertelności, powikłań i inwalidztwa poszkodowanych. Zadowalające efekty leczenia zostały uzyskane pod warunkiem szybkiego przetransportowania rannych na etap specjalistycznej pomocy angiochirurgicznej i udzielenia pomocy medycznej na wstępnym etapie. Regulamin wskazówek klinicznych i praktycznych służby zdrowia krajów NATO może być wykorzystywany w codziennej działalności chirurgów ogólnych i naczyniowych w leczeniu obrażeń naczyniowych odniesionych na polu walki i w życiu codziennym. Pełny zakres wykonania wszystkich wskazówek jest możliwy pod warunkiem zapewnienia właściwego poziomu materialnego na każdym poziomie udzielania pomocy medycznej (zastosowanie tymczasowych pomostów naczyniowych, wprowadzenie angiografii jako rutynowej metody diagnostycznej, wewnątrznaczyniowego balonikowania i embolizacji uszkodzonych naczyń, pomostowania ran naczyniowych).



Analiza powikłań wczesnych po leczeniu operacyjnym niepękniętych tętniaków podnerkowych aorty brzusznej metodą Open Aneurysm Repair (OAR)

Dariusz Janczak ^(1,2), Wojciech Bąkowski ⁽¹⁾, Katarzyna Bąkowska ⁽¹⁾, Karol Marschollek ⁽¹⁾, Paweł Marschollek ⁽¹⁾, Maciej Malinowski ^(1,2), Mariusz Chabowski ^(1,2)

(1) Zakład Specjalności Zabiegowych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.

(2) Klinika Chirurgiczna, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Wstęp. Tętniaki aorty brzusznej są patologicznym poszerzeniem jej światła powyżej 50% wartości prawidłowej. Klasyczny zabieg chirurgiczny jest jednym ze sposobów leczenia inwazyjnego tej choroby.

Celem pracy było określenie rodzaju i liczby wczesnych powikłań pooperacyjnych, występujących u pacjentów po leczeniu chirurgicznym niepękniętych tętniaków aorty brzusznej metodą otwartą oraz określenie czynników ryzyka ich wystąpienia.

Materiały i metody. Przeprowadzono analizę retrospektywną dokumentacji 205 pacjentów leczonych z powodu tętniaka aorty brzusznej zabiegiem chirurgicznym otwartym w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu w latach 2012-2016. 83% badanych stanowili mężczyźni, średni wiek 67,9±6,68 lat. Średnica tętniaka <60mm wystąpiła u 53,66% pacjentów, 60-80mm u 32,68% a >80mm u 13,66%. Protezę aortalną wszczepiono u 64,39% pacjentów a aortalno-dwuudową u 35,61% chorych.

Wyniki. Najczęstszym obserwowanym powikłaniem pooperacyjnym była konieczność reinterwencji (11,7%), niewydolność oddechowa (10,24%), infekcja dróg oddechowych (6,83%), niewydolność krążenia (6,83%), niedokrwienie kończyny dolnej (6,34%), niewydolność nerek (5,85%), zgon (4,39%), infekcja rany operacyjnej (4,39%). Włącznie. Przeprowadzona analiza statystyczna wskazuje na śródoperacyjną utratę krwi, dłuższy czas zabiegu oraz większą średnicę tętniaka jako czynniki ryzyka wystąpienia wczesnych powikłań. Obniżone stężenie hemoglobiny przed zabiegiem oraz zwiększona masa ciała wydają się również niekorzystnie wpływać na przebieg pooperacyjny.

Wnioski. Obserwowane powikłania pooperacyjne występują z porównywalną częstością w innych ośrodkach. Analiza statystyczna wskazuje na konieczność poszukiwania metod skracających czas trwania zabiegu oraz utraty krwi.



Powikłania neurologiczne po TEVAR. Czy przykrycie LSA bez rewaskularyzacji zwiększa ryzyko powikłań neurologicznych u pacjentów po TEVAR?

Agnieszka Ziomek ^(1,2), Jakub Kobecki ⁽¹⁾, Michał Leśniak ^(1,2), Maciej Malinowski ^(1,2), Wiktor Pawłowski ^(1,2), Mateusz Szponder ^(1,2), Mariusz Chabowski ^(1,2), Dariusz Janczak ^(1,2)

(1) Klinika Chirurgiczna IV Wojskowy Szpital Kliniczny, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław

(2) Zakład Specjalności Zabiegowych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Kazimierza Bartla 5, 51-618 Wrocław

Wstęp: Jednym z najcięższych powikłań po TEVAR jest udar niedokrwienny mózgu oraz niedokrwienie rdzenia kręgowego skutkujące para- lub tetraplegią. Powikłania te mogą być śmiertelne nawet w 30%, dlatego bardzo ważne jest, aby zdefiniować czynniki ryzyka związane z wystąpieniem tych powikłań.

Celem pracy jest zdefiniowanie przyczyn i czynników ryzyka związanych z wystąpieniem powikłań neurologicznych u pacjentów po TEVAR.

Materiały i metody: W pracy poddaliśmy analizie retrospektywnej 51 pacjentów po operacji wewnątrznacyniowej tętniaka aorty piersiowej, operowanych w Klinice Chirurgicznej 4WSK w latach 2014-2017. Z 51 pacjentów 18 miało przykrytą LSA bez rewaskularyzacji (35,29%), a u 33 LSA pozostawała nieprzykryta (64,71%).

Wyniki: W badanej populacji nie znaleziono istotnie statystycznej różnicy w występowaniu udarów i niedokrwienia rdzenia kręgowego u pacjentów z przykrytą i nieprzykrytą LSA (udar $p=0.37$, SCI $p=0.58$). W populacjach pacjentów z przykrytą i nieprzykrytą LSA nie znaleziono istotnie statystycznych różnic w występowaniu obciążeń dodatkowych, takich jak: otyłość, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze czy wcześniejszy udar.

Wnioski: W prezentowanym badaniu nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic w występowaniu powikłań neurologicznych u pacjentów z przykrytą i nieprzykrytą LSA. Pomimo wielu badań analizujących ryzyko takich powikłań, nie ma ściśle określonego consensusu dotyczącego postępowania z przykrytą LSA. Niezbędne jest przeprowadzenie randomizowanych prospektywnych badań klinicznych na dużej grupie pacjentów.



Wyniki leczenia operacyjnego pękniętych tętniaków aorty brzusznej (PTAB) w materiale własnym

Dariusz Janczak ^(1,2), Marcin Merenda ⁽¹⁾, Andrzej Litarski ⁽¹⁾, Kornel Pormańczuk ^(1,2), Maciej Malinowski ^(1,2), Mariusz Chabowski ^(1,2)

(1) Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław

(2) Zakład Specjalności Zabiegowych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Kazimierza Bartla 5, 51-618 Wrocław

Wprowadzenie. Pęknięty tętniak aorty jest definiowany jako krwawienie poza przydanek poszerzonej ściany aorty. Częstość występowania pękniętego tętniaka aorty brzusznej (PTAB) waha się pomiędzy 5.6 a 17.5 na 100.000 mieszkańców w ciągu roku i wydaje się maleć w ciągu ostatnich dwóch dekad.

Celem pracy była ocena wyników leczenia pacjentów z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej

Materiał i metody. Do analizy włączono pacjentów operowanych z powodu pękniętego tętniaka aorty brzusznej w Klinice Chirurgicznej 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu w latach 2011-2017. Z powodu pękniętego tętniaka aorty brzusznej operowano łącznie 140 pacjentów. Ocena wyników leczenia przeprowadzono na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej pacjentów, oceniającej wyniki leczenia w oparciu o następujące parametry: śmiertelność około- i pooperacyjną, poważne powikłania około- i pooperacyjne (ostry zespół wieńcowy, niedokrwienie jelit, niewydolność nerek, niewydolność oddechowa, niedokrwienie kończyn dolnych).

Wyniki. Uzyskane wyniki potwierdzają, pomimo ciągłego postępu, wysoką śmiertelność około- i pooperacyjną z powodu pękniętego tętniaka aorty brzusznej. Dalszy rozwój techniki operacyjnej z leczeniem wewnątrznacyniowym (EVAR), postępowania anestezyjologicznego, może pozwolić na uzyskanie lepszych wyników leczenia. Wymaga to jednak dużego wysiłku organizacyjnego z zapewnieniem całodobowej dostępności wielospecjalistycznego zespołu (chirurg naczyniowy, anestezjolog, technik radiolog, personel pielęgniarski), z możliwością wykonywania procedur wewnątrznacyniowych.

Wnioski. Leczenie operacyjne pacjentów z pękniętym tętniakiem aorty brzusznej nadal wiąże się z wysokimi wskaźnikami śmiertelności i znaczną ilością powikłań pooperacyjnych.



Przetoki aortalno-jelitowe w materiale Kliniki Chirurgii 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w latach 2010-2016

Tadeusz Dorobisz (^{1,3}), Maciej Malinowski (^{2,3}), Kornel Pormańczuk (^{2,3}), Michał Leśniak (^{2,3}), Agnieszka Ziomek (^{2,3}), Wiktor Pawłowski (^{2,3}), Mariusz Chabowski (^{2,3}), Dariusz Janczak (^{2,3})

(1) Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

(2) Zakład Specjalności Zabiegowych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

(3) Klinika Chirurgiczna, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Background. Przetoki aortalno-jelitowe są rzadko występującym, ciężkim stanem chorobowym obejmującym patologiczne połączenie aorty brzusznej z przewodem pokarmowym. Rozróżniamy przetoki pierwotne oraz znacznie częściej występujące przetoki wtórne. Wszystkie przetoki wymagają leczenia operacyjnego w trybie pilnym. W chwili obecnej wciąż dominującym sposobem leczenia są zabiegi otwarte wymiany in situ protezy lub poprzez pomostowanie pozaanatomiczne. Alternatywnym sposobem leczenia są zabiegi wewnątrznaczyniowe, jednak budzą one wciąż wiele kontrowersji.

Materiał i metody. Analizie poddano 6 zabiegów operacyjnym wykonanych u 5 pacjentów w Klinice Chirurgicznej 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego w latach 2010-2016 z rozpoznaną przetoką aortalno-dwunastniczą. W 4 przypadkach wykonano operację otwartą, 2 pacjentów zaopatrzone poprzez implantację stentgraftu. Diagnostyka pacjentów opierała się na badaniu angiotomografii komputerowej oraz badaniu endoskopowym górnego odcinka przewodu pokarmowego. U wszystkich pacjentów stwierdzono radiologiczne objawy infekcji protezy, 2 z 6 pacjentów zmarło w okresie okołozabiegowym. Powikłania po operacji obserwowano w 5 na 6 przypadków (83%).

Wyniki. Zastosowanie wewnątrznaczyniowych metod leczenia wiązało się z obniżeniem liczby wczesnych powikłań pooperacyjnych oraz ze skróceniem średniego czasu hospitalizacji.

Wnioski. Na podstawie uzyskanych wyników oraz przeglądu literatury implantacja stentgraftu w miejsce przetoki aortalnodwunastniczej wydaje się alternatywną metodą leczenia.



Zastosowanie dalbawancyny w leczeniu zakażonych stentgraftów

Jarosław Miszczuk, Rafał Rylski, Łukasz Hołody

Zakażenie stentgraftu jest jednym z najpoważniejszych powikłań w chirurgii naczyniowej o bardzo poważnym rokowaniu. Większość autorów zaleca usunięcie wszczepu z różnymi sposobami dalszej rekonstrukcji aorty, są również nieliczne doniesienia na temat skutecznego leczenia zachowawczego. W pracy przedstawiono przypadek chorego po kilkukrotnych zabiegach wewnątrznaczyniowego zaopatrzeniu rozwarstwienia aorty typu B i tętniaka aorty brzusznej w latach 2014-2016, przyjętego do Kliniki po trzech latach od operacji pierwotnej z objawami zakażenia wszczepu (gorączka, dreszcze, mierne podwyższenie miana krwinek białych, białko CRP około 150). Rozpoznanie potwierdzono w badaniu PET CT, które wykazało naciek zapalny aorty brzusznej z zajęciem okołonaczyniowej tkanki tłuszczowej z penetracją do dolnej części mięśnia lędźwiowego większego prawego o charakterze czynnego procesu zapalnego. W posiewach krwi nie stwierdzano wzrostu bakterii. Po rozważeniu ryzyka okołoperacyjnego, zdając sobie sprawę z możliwości niepowodzenia antybiotykoterapii, chorego zakwalifikowano do leczenia zachowawczego. Zastosowano empiryczne leczenie 4 cyklami dalbawancyny. Po pierwszym cyklu leczenia uzyskano ustąpienie objawów klinicznych (ustąpienie gorączki, normalizacja CRP i liczby krwinek białych). Kontrolne badanie PET po 2 cyklu wykazało częściową regresję zmian zapalnych wokół aorty, co było przesłanką do kontynuacji leczenia. W kolejnym badaniu PET CT, po roku od rozpoczęcia leczenia, uwidoczono dalsze cofanie się zmian zapalnych wokół stentgraftu, chory jest w stanie ogólnym dobrym, bez klinicznych objawów zakażenia.



STRESZCZENIA PRAC PREZENTOWANYCH PODCZAS SESJI XI TĘTNIAKI AORTY PIERSIOWO-BRZUSZNEJ

Czy modulator przepływu krwi MFM może być alternatywą dla stentgraftów branchowanych w leczeniu trudnych tętniaków łuku aorty oraz obejmujących tętnice nerkowe i trzewne na podstawie własnego doświadczenia klinicznego?

Dariusz Janczak ^(1,2), Maciej Malinowski ^(1,2), Michał Leśniak ^(1,2), Agnieszka Ziomek ^(1,2)

(1) Klinika Chirurgiczna, IV Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław

(2) Zakład Specjalności Zabiegowych, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Kazimierza Bartla 5, 51-618 Wrocław

Szybki rozwój technologii i wzrost dostępności badań obrazowych powoduje wzrost wykrywalności tętniaków aorty. Kwalifikacja do leczenia zabiegowego i wybór optymalnej metody stwarza wiele trudności. Najwięcej problemów w zaopatrzeniu sprawiają tętniaki obejmujące tętnice odchodzące od łuku aorty i tętnice trzewne. W przypadku zbyt krótkiej, niesprzyjającej szyi tętniaka, krętego przebiegu naczyń czy zaawansowanej miażdżycy, wszczepienie standardowego stentgraftu może być niemożliwe, konieczne jest wówczas zastosowanie bardziej zaawansowanych systemów np. stentgraftów branchowanych. Procedury te są skomplikowane, długotrwałe, kosztowne i cechują się stosunkowo wysokim ryzykiem powikłań. Alternatywnym rozwiązaniem w leczeniu tych chorych mogą być wielowarstwowe modulatory przepływu MFM. W Klinice Chirurgicznej IV Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wykonano zabiegi wszczepienia MFM u 20 pacjentów z trudnymi tętniakami aorty piersiowej i brzusznej. Praca stanowi podsumowanie wyników leczenia stentami MFM chorych w 6 miesięcznej obserwacji pod kątem skuteczności zabiegu, występowania przecieków oraz powikłań pooperacyjnych.