

## III Kongres Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów we Wrocławiu

### Refleksje pokongresowe

Jerzy Kołodziej, Adam Rzechonek

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2006; 3 (2): 246–248



Zakończył się kongres, odjechali ostatni goście, dokonano podsumowań i rozliczenia kosztów. Powróciliśmy do rutynowych codziennych zajęć i obowiązków. Teraz na zjazd i jego miejsce w historii można spojrzeć już nieco chłodniejszym okiem. Co nowego przyniósł? Jakie korzyści odnieśli uczestnicy, organizatorzy, ja sam?

Zjazd był oczywiście forum wymiany myśli, prezentacji dorobku klinicznego i naukowego. Miejscem, w którym można było się podzielić doświadczeniem. Dał także okazję do omówienia własnych obserwacji. Myślę, że dzięki temu spotkaniu mogliśmy również pogłębić wiedzę humanistyczną.

W omówieniu, z racji dziedziny, jaką się zajmuję, koncentruję się na części torakochirurgicznej. Tematyka kongresu była ciekawa i zróżnicowana, zarówno część wykładowa, jak i prezentacje referatów z poszczególnych ośrodków. Przeważały opracowania kliniczne, ale nie brakowało prac doświadczalnych, wiążących nauki podstawowe z działaniami praktycznymi. Przedstawiano ponadto obserwacje kliniczne, a zawarte w nich spostrzeżenia pozwalały na wyciąganie wniosków przydatnych w uprawianiu naszego torakochirurgicznego rzemiosła.

Na uwagę zasługują wykłady zaproszonych gości. Prof. Treasure przedstawił bogato udokumentowaną użyteczność postępowania chirurgicznego w skojarzonym leczeniu międzybłoniaka opłucnej. Prof. Halezerogolu z Turcji omówił stan aktualnej wiedzy oraz usystematyzował wskazania do podejmowania konkretnych działań zabiegowych w wypadku ropniaków opłucnej.

Sesja plenarna z udziałem młodych chirurgów była dla nas szczególnie ważna i obiecująca, zaowocowała ciekawymi pracami. Koledzy z ośrodka gdańskiego, na podstawie obserwacji ponad 1000 chorych, przedstawili ryzyko wczesnej śmiertelności po zabiegach resekcyjnych raka płuca. Jako czynniki predykcyjne wskazali typ raka wielokomórkowego oraz, co zrozumiałe, zaawansowany (III) stopień rozwoju nowotworu, a także i większą rozległość zabiegu (pulmonektomia). Natomiast w kolejnej pracy wykazano ponad 80-% zgodność oceny radiologicznej z histopatologiczną pojedynczego cienia okrągłego płuca. Wykazano na takie użyteczne w ocenie radiologicznej cechy, jak wielkość powyżej 2 cm, centralna lokalizacja w płucu, objawy rozpadu z obecnością powietrza i nieregularne – nieostre granice zmiany.

Rakowi płuca poświęcone były również trzy kolejne sesje pierwszego dnia konferencji. Przeważały prace retrospektywne z obserwacjami przebiegów leczenia i analizą wyników. Przykładami tego rodzaju prezentacji były próby oceny wpływu wielkości guza pierwotnego w wyselekcjonowanej grupie chorych z cechą T1 lub T2 oraz N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> raka płuca na 5-letnie przeżycie. Wielkość guza powyżej 5 cm miała tutaj znamienne znaczenie. Wyniki 19 pacjentów z drugim pierwotnym guzem płuca zaprezentowali koledzy z ośrodka gdańskiego, którzy wskazali na większą przeżywalność chorych operowanych ponownie, po okresie dłuższym niż 40 mies. od resekcji pierwszego guza. O ile niski stopień zaawansowania guza wiązał się z poprawą wyników długoterminowych, o tyle trudno wytłumaczyć korzystniejszy wpływ na przeżycie w przypadkach raka gruczolowego, zwłaszcza podołożonego w płucu prawym. Oceny wpływu chemioterapii neoadjuwantowej na częstość powikłań pooperacyjnych po pneumonektomii starał się dokonać zespół z Centrum Onkologii w Warszawie, wykazując (co jest zjawiskiem pocieszającym klinicystów) zwiększoną ich częstość komplikacji jedynie po pneumonektomii rozszerzonej. Nieco mniej optymistyczne dane o śmiertelności pooperacyjnej (ponad 6%) po chemioterapii indukcyjnej w zaawansowanych postaciach raka niedrobnokomórkowego zaprezentował zespół z innego ośrodka. Przy czym, wyłączając przypadki zgonów, analiza powikłań pooperacyjnych u 29 pacjentów poddanych i niepoddanych chemioterapii indukcyjnej wypadła lepiej – nie wykazano tutaj różnic statystycznie znamiennej. W pracach z Wrocławskiego Ośrodka Torakochirurgicznego dokumentowano rolę limfadenektomii w leczeniu chirurgicznym niedrobnokomórkowego raka płuca z przerzutami do węzłów chłonnych grupy N2. Całkowite usunięcie węzłów chłonnych śródpięcia, oprócz możliwości szczegółowej oceny wszystkich pięter, miało w tej grupie chorych istotny wpływ na długość przeżycia – wzrastała średnio o 9 mies. Praktyczne znaczenie miało doniesienie o rutynowym stosowaniu tylko jednego drenu po zabiegach lobektomii. Przedstawiono zalety w prowadzeniu klinicznym; krótszy czas hospitalizacji, utrzymywania drenu oraz stosowania leków przeciwbólowych, a tym samym możliwości dokonywania konkretnych oszczędności ekonomicznych, obliczonych przeciętnie na 500 zł na chorego.

Ciekawa była grupa prezentacji związana z możliwościami zastosowania nowych technik leczenia i diagnostyki

ki. Ośrodek lubelski zaprezentował swoje doświadczenia, dotyczące użycia różnych systemów fotodynamicznych i fotouczulaczy w trudnościach diagnostycznych (PDD) zmian wewnątrzskrzelowych, przy fałszywie ujemnych badaniach endoskopią klasyczną. Wykazano wyższą – kilkunastoprocentową użyteczność fotouczulacza (kwasu aminolewulinowego ALA), podawanego wziewnie, w porównaniu ze środkami stosowanymi wcześniej. Zaprezentowano również poprawę odległych wyników leczenia przy użyciu metody fotodynamicznej (PDT) w wypadkach nacieków nowotworowych na ścianę klatki piersiowej, a także wskazano możliwości istotnej pomocy w skojarzonym leczeniu międzybłoniaka opłucnej. Zalety plazmowej koagulacji argonowej w leczeniu zwężeń tchawicy (nowotworowych i innych) – natychmiastową poprawę drożności dróg oddechowych przedstawił krakowski oddział torakochirurgiczny.

Praktycznymi doświadczeniami w zastosowaniu lasera neodymowo-plazmowego w leczeniu przerzutów nowotworowych do płuc dzielili się koledzy z kliniki torakochirurgicznej w Poznaniu, wskazując na praktyczną użyteczność lasera w uzyskiwaniu pożądanego uszczelnienia płuca, zwłaszcza w resekcjach zmian położonych centralnie w mięszu płucnym. Tematem, który nadal wzbudza kontrowersje, jest zastosowanie termoablacji guzów płuca przy użyciu generatora wysokiej częstotliwości. Metoda prezentowana przez ośrodek łódzki jest ciekawa i rozwojowa, a wyniki kliniczne są zachęcające, choć wymaga ona sprecyzowania kryteriów kwalifikacyjnych.

Ważną grupę prezentacji stanowiły prace nawiązujące do nauk podstawowych. Nie sposób pominąć pracy ośrodka poznańskiego, której celem była próba określenia korelacji zmian ilościowych białek ostrej fazy u chorych, u których dokonano resekcji zmian nowotworowych płuca. Wskazanie na korelację kilku białek CRP, Hp, a zwłaszcza poziomu alfa 1 antytrypsyny z rakiem gruczołowym i przerzutami do węzłów chłonnych może się okazać jednym z markerów występowania przerzutów oraz określającym ryzyko nawrotu.

Na uwagę zasługuje sesja poświęcona chirurgii przełyku. Ciekawą pracę przedstawili koledzy ze Szczecina. U 31 chorych po chemioterapii neoadjuwantowej wykonali oni zabieg z dostępu trójpolowego wg modyfikacji Sugebakera

– z użyciem staplerów liniowych i śródoperacyjnym podaniem glukagonu. Przedstawiono dobre wyniki tego postępowania, nie ukrywając jednak powikłań i niepowodzeń.

Powikłania oddechowe były tematem prezentacji kolegów z Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego we Wrocławiu. Obniżenie parametrów spirometrycznych i gazometrycznych w dolnych zakresach przedziału normy korelowało z występowaniem powikłań oddechowych. Istotne w monitorowaniu stanu pooperacyjnego były wartości limfocytów i poziomu białek w surowicy. Powikłania po chemioterapii neoadjuwantowej stanowiły temat analizy wielośrodkowej opracowanej przez ośrodek w Białymstoku. Chemioterapia stosowana przed zabiegiem zwiększa resekcyjność w raku płaskonabłonkowym. Zwraca uwagę problem wyboru metody – chemioterapia, czy też chemio- i radioterapia. Stosowanie łączne chemio- i radioterapii poprzedzające resekcję wydaje się być postępowaniem mocno kontrowersyjnym – poprawa resekcyjności o 0,9%, i przy wzroście zgonów sięgającym 8%.

Nie sposób pominąć prezentacji kolegów z ośrodka torakochirurgicznego we Lwowie. Przedstawili imponujący materiał urazów klatki piersiowej. Dominowały (40%) obrażenia otwarte zadane białą bronią. Oprócz interesujących sposobów skutecznego postępowania terapeutycznego w warunkach znanych niedostatków służby zdrowia bardzo pozytywne wrażenie na słuchaczach wywarła (nagrodzona brawami) wyuczona, bardzo poprawna polszczyzna ukraińskiego prelegenta.

Omówienie wszystkich prezentacji zajęłoby zbyt wiele miejsca, jeśli by nie wspomnieć o innych wartościowych prezentacjach z zakresu zastosowania technik wideotorakoskopowych, pracach z zakresu opieki pielęgniarskiej oraz wielu ciekawych doniesieniach kazuistycznych. Bogate były obrady kardiochirurgów, ale jak wspomniano wymagają one osobnego omówienia.

Zjazd był też okazją do prezentacji Wrocławia, który szczycąc się ponadtysiącletnią, burzliwą i pasjonującą historią, po latach pozostawania na uboczu niejako rubieży Polski, znów zaczyna błyszczeć jako perła Dolnego Śląska. Miasto zachwycało urzekającą architekturą. Uczestnicy zjazdu mieli okazję się spotkać z artystami opery wrocławskiej (ryc. 1).



Ryc. 1. Wnętrze opery wrocławskiej



Ryc. 2. Wykład polonisty i językoznawcy prof. Jana Miodka

Wydarzeniem intelektualnym, niestety, tylko dla słuchaczy polskojęzycznych, był wspaniały wykład sławnego polonisty i językoznawcy, wrocławianina, prof. Jana Miodka (ryc. 2.). Przedstawił on na otwarciu kongresu bogactwo znaczeń i niepojętych dla nas codziennych użytkowników słów *serce* i *oddech*. Duże wrażenie na uczestniczących w otwarciu zjazdu wywarły refleksje nestora polskiej medycyny i naszego towarzystwa – prof. Wacława Sitkowskiego. Wydarzeniem es-

tetycznym i towarzyskim było spotkanie pożegnalne w za-  
bytkowym średniowiecznym gmachu lazaretu, a obecnie Muzeum Architektury (ryc. 3.). Miła atmosfera spotkania (ryc. 4.) i mam nadzieję – dobre wspomnienia jego uczestników stanowią nagrodę i satysfakcję dla mnie i kolegów organizatorów. Na walnym zebraniu Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów (ryc. 5.) przekazałem prezesurę prof. Andrzejowi Biedermanowi (ryc. 6.).



**Ryc. 3.** Spotkanie w gmachu dawnego lazaretu, obecnie Muzeum Architektury



**Ryc. 4.** Wszystkim spotkaniom w trakcie kongresu towarzyszyła miła atmosfera



**Ryc. 5.** Walne zebranie Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów



**Ryc. 6.** Przekazanie prezesury prof. Andrzejowi Biedermanowi