

Międzynarodowy Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardio- i Torakoanestezjologów EACTA, Kraków, 13–16 czerwca 2007 r.



Hanna Misiótek

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, ŚUM w Katowicach

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2007; 4 (3): 328–330

W dniach od 13 do 16 czerwca 2007 r. w Krakowie, w salach *Auditorium Maximum* Uniwersytetu Jagiellońskiego obradował XXII Międzynarodowy Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardio- i Torakoanestezjologów (EACTA) pod honorowym patronatem Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. dr. hab. Karola Musioła.

Organizatorem tego przedsięwzięcia był prof. Janusz Andres, który przemawiając do zgromadzonych na ceremonii otwarcia, podkreślił fakt, że po raz pierwszy Polska ma zaszczyt gości Międzynarodowy Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardio- i Torakoanestezjologów. Powitał przybyłych do Krakowa gości z Europy i świata w osobach znanych i cenionych kardioloanestezjologów i torakoanestezjologów. Poza anestezjologami w zjeździe uczestniczyli również kardi- i torakochirurdzy oraz pielęgniarki pracujące na blokach operacyjnych i oddziałach intensywnej terapii.

Spotkanie miało charakter naukowy oraz edukacyjny. Kongres trwał cztery dni. Podzielony był na sesje tematyczne. Z racji moich zainteresowań związanych z torakoane-



Ryc. 1. Prof. Giorgio Della Rocca i dr hab. Hanna Misiótek w trakcie organizowania stanowisk warsztatowych

stezjologią, chciałabym zwrócić szczególną uwagę na cykl wykładów i wygłoszonych prac związanych z tą dziedziną. Anestezjolodzy zajmujący się na co dzień znieczuleniem w torakochirurgii mieli niepowtarzalną okazję poznać osobiście oraz wysłuchać wykładów znamienitych ekspertów w tej dziedzinie, zarówno z Europy, jak i ze Stanów Zjednoczonych oraz Kanady. Ogromnym zainteresowaniem cieszyło się wystąpienie prof. Edmonda Cohena z Nowego Jorku, który przedstawił metody separacji płuc podczas zabiegów wideotorakoskopii, cieszącej się coraz większą popularnością i zastępującej w wielu przypadkach procedurę otwarcia klatki piersiowej. Wykładowca podkreślał, że warunkiem dobrej wizualizacji pola operacyjnego, a tym samym przeprowadzenia prawidłowej resekcji, jest całkowite zapadnięcie płuca operowanego. W ośrodku torakoanestezji, którym kieruje prof. Cohen, rurki dwuświatłowe (zwane przez prof. Cohena „trudnymi rurkami”) zostały zastąpione przez blokery dooskrzelowe. Aby zastosować bloker dooskrzelowy, wystarczy intubacja zwykłą rurką jednoświatłową, co nie jest bez znaczenia w przypadku tzw. trudnych dróg oddechowych i kłopotów z intubacją. Aby prawidłowo założyć bloker dooskrzelowy, należy sprawnie posługiwać się bronchofibroskopem intubacyjnym, co, jak pokazały późniejsze warsztaty, niektórym torakoanestezjologom sprawiło problemy. Profesor Cohen prezentował ostatnio skonstruowany *Cohen Endobronchial Blocker*, wprowadzany do wybranego oskrzela przez standardową rurkę intubacyjną za pomocą małego 4-milimetrowego bronchofibroskopa.

Kolejnym wykładowcą był prof. Peter Slinger z Uniwersytetu w Toronto, którego torakoanestezjolodzy z całego świata znają jako współautora (wraz z Joel A. Kaplanem) kluczowego podręcznika *Thoracic Anesthesia*. W niezwykle przejrzystym i ciekawym z racji poruszanych zagadnień wykładzie prof. Slinger przedstawił wytyczne dotyczące sposobu postępowania i wyboru sposobu izolacji płuc podczas mało inwazyjnych procedur torakochirurgicznych. Omówił powikłania stosowania rurek dwuświatłowych, sposób po-

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Hanna Misiótek, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. 3 Maja 13–15, 41-800 Zabrze, tel./faks +48 32 370 16 17, e-mail: katanestz@slam.katowice.pl



Ryc. 2. Prof. Edmond Cohen uczy, jak praktycznie zakładać bloker dooskrzelowy

stępowania oraz podkreślił bezwzględną konieczność stosowania bronchofiberoskopu, zarówno podczas zakładania rurek, jak i kontroli położenia podczas całego zabiegu. Omówił różne sposoby prawidłowego doboru wielkości rurek. Sugerował stosowanie niskich objętości oddechowych (5–7 ml/kg), 25 cm H₂O uznał za limit dopuszczalnego, szczytowego ciśnienia oddechowego. Stosowanie objętości 10–12 ml/kg podczas wentylacji jednym płucem uznał za przyczynę ostrego uszkodzenia płuca, szczególnie po pneumonektomii, jako zabiegu obciążonego i tak wysokim ryzykiem. Podkreślił ogromne znaczenie prawidłowo stosowanej analgezji pooperacyjnej z niezastąpioną analgezią regionalną, czy to w formie techniki zewnątrzoponowej, czy przykręgowej. Potwierdzeniem tezy prof. Slingera, że wysoka 10–12 ml/kg objętość oddechowa jest przyczyną uszkodzenia mięszu płuca, był wykład prof. Thomasa Hachenberga z Uniwersytetu w Magdeburgu, poruszający immunologiczne aspekty znieczulenia w torakochirurgii. Badania eksperymentalne pokazują, że wentylacja mechaniczna z dużą objętością oddechową i wysokim ciśnieniem oddechowym wywołuje reakcję pozapalną wewnątrz pęcherzyków z następowym obrzękiem płuc, rozlanym uszkodzeniem pęcherzyków płucnych, rekrutacją leukocytów, ekspresją cytokin i destrukcją tkanki zależną od neutrofilii. Jak wynikało z wykładu, zarówno sposób wentylacji, jak i rodzaj środków użytych do znieczulenia (anestetyki wziewne mogą powodować supresję funkcji immunologicznych w płucach) mają znaczenie, biorąc pod uwagę aspekt immunologiczny przy wentylacji jednym płucem.

Wiele kontrowersji i żywą dyskusję wywołał wykład prof. Hugona Van Akena z Uniwersytetu w Munster w Niemczech. Profesor nie miał wątpliwości, że piersiowe znieczulenie zewnątrzoponowe (a nie lędźwiowe) posiada bezwzględne korzyści w porównaniu ze znieczuleniem wyłącznie ogólnym, zmniejszając śmiertelność i liczbę powikłań. Blokada symatyczna wywołana tego rodzaju znieczuleniem zapobiega niedokrwieniu wieńcowemu, poprawia funkcje lewej komory i perfuzję jelitową. Spełnia tym samym funkcję terapeutyczną, szczególnie w odniesieniu do chorych z wysokim



Ryc. 3. Prof. Peter Slinger prezentuje funkcjonowanie blokera dooskrzelowego

ryzykiem, poddawanych rozległym zabiegom kardio- i torakochirurgicznym, a także w obrębie brzucha. Kontrowersyjne głosy padły ze strony kardioanestezjologów, którzy podnosili problem wysokiego ryzyka powikłań związanych z możliwością wystąpienia krwaka zewnątrzoponowego u chorych heparynizowanych.

W sesji *Thoracic Anaesthesia and Surgery* przedstawione zostały prace oryginalne z wielu ośrodków. Prezenterzy tych doniesień, młodzi torakoanestezjodzy, poruszyli problemy, z którymi spotykają się w swojej codziennej praktyce. Główne tematy badawcze dotyczyły postępowania w leczeniu bólu po torakotomii, wnioskuje konieczność terapii multimodalnej oraz konieczności leczenia zorganizowanego, jakim jest APS, trudności, z jakimi spotykają się podczas różnych technik wentylacji przy operacjach tchawicy i resekcji oskrzeli z powodu guzów. Przedstawiono również alternatywne sposoby wentylacji, w tym wentylację z wysokimi częstotliwościami do operacji resekcji mięszu płuca. Wszyscy uczestnicy zjazdu zainteresowani podniesieniem swoich kwalifikacji praktycznych mieli niecodzienną możliwość wzięcia udziału w warsztatach. Mimo że zostały one zaplanowane na ostatni dzień zjazdu, frekwencja przerosła oczekiwania organizatorów. Organizatorzy przygotowali jedynie sześć stanowisk wyposażonych w manekiny do intubacji z drzewem oskrzelowym, wideobronchofibroskopy oraz odpowiedni sprzęt jednorazowy. Wykłady wprowadzające wygłosili prof. Giorgio Della Rocca z Włoch (*Double lumen tubes and OLV*) oraz prof. Edmond Cohen ze Stanów Zjednoczonych (*Univent and bronchial blockers*). Poszczególne stanowiska umożliwiały praktyczną naukę intubacji i izolacji płuc w asyście doświadczonych „trenerów”. Zorganizowane zostały następujące stanowiska do praktycznej nauki wybranych metod izolacji płuc: **ST I** DLT Left dr H. Kucia – Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii ŚUM, **ST II** DLT Right – dr hab. H. Misiotek – Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii ŚUM, **ST III** Univent – prof. John Gothard – Royal Brompton Hospital in London, UK, **St IV** Arndt Blocker – prof. Peter Slinger – University of

Toronto, Ontario, Kanada, **St V** Tube exchanger – prof. Giorgio Della Rocca – Policlinico Universitario Medical School of the University of Udane. Italy, **ST VI** Cohen Blocker – prof. Edmond Cohen – Director of Thoracic Anesthesia Mount Sinai School of Medicine New York, USA.

Szczególne słowa podziękowania, jako organizator warsztatów z torakoanestezji, chciałabym złożyć następującym firmom, bez których zorganizowanie praktyczne tego przedsięwzięcia nie byłoby możliwe: firmie Storz za ogromny wysiłek zgromadzenia manekinów i wideobronchofibroskopów oraz za czuwanie nad stałą sprawnością sprzętu i utrzymanie go w gotowości do pracy; firmie HAMMERmed (COOK) za dostarczenie blokerów i univentów; firmie TYCO Healthcare za rurki dwuświatłowe, a także firmie Rüschi za rurki dwuświatłowe oraz blokery dooskrzelowe; firmie AxMediTec za worki samorozprężalne. Sądząc po zainteresowaniu i zaangażowaniu, wnoszę, że uczestnicy byli usatysfakcjonowani z organizacji tej formy praktycznej nauki i własnego doskonalenia. Mam wrażenie, że podobne warsztaty należałoby zorganizować dla szerokiego grona torakoanestezjologów w Polsce, aby spopularyzować inne formy i techniki separacji płuc.



Ryc. 4. Od lewej: prof. Peter Slinger, dr Hanna Kucia, prof. Edmond Cohen, dr hab. Hanna Misiótek, prof. Giorgio Della Rocca