

ABSTRACTS' BOOK

WINTER CASE CUP



Conference organized in Hostel PTTK Hala Miziowa

March 15-17th 2024



STUDENTS' SCIENTIFIC
ASSOCIATION OF THE
MEDICAL UNIVERSITY OF SILESIA

PRZEDMOWA

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy,
Innymi słowy - Drodzy Narciarze i Narciarki,
Organizowana przez nasze Towarzystwo Konferencja jest pierwszym w kraju przedsięwzięciem służącym połączeniu prezentacji przypadków klinicznych, a zatem wysoko specjalistycznej edukacji klinicznej, ze sportami zimowymi. Mamy nadzieję, iż *Winter Case Cup* będzie naukowym spotkaniem Studentów zainteresowanych wyjątkowymi przypadkami klinicznymi, których prezentacja wprowadzi młodszych adeptów Studenckich Kół Naukowych do świata kliniki i nauki. Wierzymy, iż osobne wydarzenie poświęcone wyłącznie *case reports*, otwarte na różne specjalności zainteresuje szerokie grono odbiorców. Łącząc sesje naukowe z unikatowymi okolicznościami przyrody chcemy w wyjątkowy sposób reprezentować Śląski Uniwersytet Medyczny oraz rodzimy region na forum ogólnopolskich studenckich konferencji

Idea „Winter Case Cup” narodziła się podczas pierwszego wspólnego narciarskiego wyjazdu naszego Zarządu i w tej myśli chcielibyśmy stworzyć wydarzenie łączące różne specjalności i podejścia w myśl wspólnego rozwoju.

Organizatorem Konferencji Winter Case Cup 2024 jest



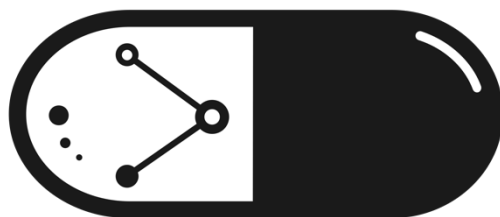
Studenckie Towarzystwo Naukowe
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

Komitet Organizacyjny:

**Maria Stec, Aleksandra Mroskowiak,
Michał Macnar, Paweł Kurzelowski,
Aleksandra Nasiek**

PODZIĘKOWANIA DLA SPONSORÓW

medycyna **praktyczna**



więcej niż LEK

LEPOLEK

SESJA PRZYPADKÓW NIEZABIEGOWYCH I

RZADKI PRZYPADEK PACJENTKI Z ZAPALENIEM PŁUC Z NADWRAŻLIWOŚCI.....	4
IS IT POSSIBLE TO INHERIT THE INFECTION? A CASE OF A NON-DIRECTLY INFECTED PATIENT.....	5
BICKERSTAFF BRAINSTEM ENCEPHALITIS WITH AN UNCOMMON PRESENTATION: A CASE REPORT	6
GDY ZOSTAJESZ SAM - JAK OPIEKA NAD PACJENTEM WPŁYWA NA EFEKTYWNOŚĆ TERAPII NIV	7
IS INTENSIVE INSULIN THERAPY A LIFELONG TREATMENT?	8
NIESTANDARDOWE POSTĘPOWANIE W LECZENIU MVP I ARYTMII KOMOROWEJ .	9
RZADKO NIE ZNACZY NIGDY - NIETYPOWE POWIKŁANIE TERAPII IMMUNOSUPRESYJNEJ	10
INFEKcja CMV U PACJENTA PO TRANSPLANTACJI SERCA.....	11

Rzadki przypadek pacjentki z zapaleniem płuc z nadwrażliwości

Oliwia Jewuła

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
dr hab. n. med. Szymon Skoczyński,
prof. SUM
dr n. med. Fryderyk Zawadzki**

Wstęp:

Zapalenie płuc z nadwrażliwości (HP) jest zaliczane do chorób śródmiąższowych, w których podłoże stanowi nieprawidłowa reakcja immunologiczna na co najmniej jeden antygen przedostający się do dróg oddechowych osób predysponowanych. W następstwie wytwarzane są swoiste przeciwciała wiążące antygen, a powstały immunologiczny kompleks aktywuje rozlaną reakcję immunopatologiczną. Według aktualnych wytycznych American Thoracic Society wyróżniamy włókniejącą oraz niewłókniejącą postać HP. Pomimo szerokiego rozpowszechnienia w środowisku antygenów, które mogą wywołać HP szacuje się, że choruje ok. 1-15% osób narażonych. Zasadniczą rolę w rozpoznaniu HP odgrywa dokładny wywiad z Pacjentem.

Opis przypadku:

37-letnia Pacjentka została przyjęta do Kliniki Pulmunologii w grudniu 2023 roku w celu wykonania badań niezbędnych celem wykluczenia przeciwwskazań do kwalifikacji do planowanego przeszczepienia wątroby z powodu marskości wątroby. W badaniu fizykalnym Pacjentka prezentowała nietypowe objawy zapalenia płuc takie jak kaszel, duszność i osłabienie, a współistniejące choroby wraz z postępującym wodobrzuszem utrudniały diagnozę. W tomografii komputerowej klatki piersiowej z marca 2023 roku opisano obecność niepoliczalnej ilości jasno odgraniczonych mikroguzków w centralnych częściach zrazików. Przeprowadzono badania czynnościowe układu oddechowego; spirometria nie wykazała cech obturacji, w bodypletyzmografii całkowita pojemność płuc (TLC) wyniosła 4,83l (93%wn), a objętość zalegająca (RV) 1,1l (85%wn), a ponadto stwierdzono zmniejszenie wskaźnika DLCO (zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla) do 43%. W 6-minutowym teście chodu pacjentka pokonała dystans 420m bez desaturacji. Nie stwierdzono również objawu ortodeoksji. W pogłębionym wywiadzie Pacjentka przyznała wieloletnie narażenie zawodowe na pył, nawozy i chemikalia w związku z wieloletnią pracą w kurzych fermach, jednakże badania precypityn okazały się ujemne. Wobec całokształtu obrazu klinicznego, w szczególności obrazu tomograficznego, narażenia zawodowego oraz sugestii długotrwałego przebiegu choroby najbardziej prawdopodobnym rozpoznaniem jest zapalenie płuc z nadwrażliwości o typie niewłókniejącym. W leczeniu zastosowano steryd. Pacjentka aktualnie oczekuje na kontrolną wizytę wraz z badaniem HRCT.

Wniosek:

Zapalenie płuc z nadwrażliwości bardzo jest rzadką chorobą. Przy wielochorobowości może sprawiać wiele trudności diagnostycznych.

Is it possible to inherit the infection? A case of a non-directly infected patient

Maciej Baron, Bartosz Bula, Natalia Ubysz

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
Piotr Lewandowski
prof. dr hab. n. med. Romuald
Wojnicz**

Background:

Myocarditis (MCI) is an inflammatory heart disease that may occur as a consequence of infections, exposure to toxic substances, and autoimmune reactions. Global Burden of Disease Study estimated the incidence of MCI as 22 cases of 100,000 patients. Clinically MCI leads to heart failure (HF) and might be manifested by a variety of symptoms including fatigue, pain in the chest, and breathlessness. One of the most common causes of MCI might be infection by certain types of viruses, including HHV-6. However, it is possible to inherit the integrated chromosomal genes of the virus. These genes might be later expressed in the offspring, leading to inflammations, like MCI.

Case:

A male was admitted to the hospital due to persistent HF symptoms, including shortness of breath, fatigue, and decreased exercise tolerance. To determine the etiology of HF endomyocardial biopsy (EMB) was performed. The cardiac tissue was infiltrated by CD68+ (macrophages) and CD3+ cells (T-lymphocytes). Moreover, cardiomyocyte necrosis and tissue fibrosis were spotted. Elevated expression of CAM-1, HLA class I and II. Discussed features clinically suggest a presence of inflammation. Thus, biopsy samples were assessed using qRT-PCR for the presence of viruses showing the presence of HHV-6 virus, confirmed by melting curve and gel electrophoresis. Digital droplet PCR analysis revealed 115,000 copies of HHV-6 genome per mg of DNA.

Conclusion:

Judging by the length of the DNA samples in electrophoresis, the presence of different viral genomes was confirmed. According to current knowledge, so high viral copy number occurs only in chromosomally integrated-HHV-6 patients. Actual ESC guidelines endorse the concept that EMB should be the gold standard for the diagnosis of definite MCI. However, EMB is not a routine practice. Furthermore, ESC suggests that immunosuppressive therapy should be included only in particular cases and only after EMB identification.

Bickerstaff Brainstem Encephalitis with an uncommon presentation: a case report

Julia Lipina, Joanna Rak, Monika Bonczek

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Piotr Czempik**

Introduction:

Bickerstaff brainstem encephalitis (BBE), typically presenting as an acute triad consisting of encephalopathy, ataxia and ophthalmoplegia, is a rare autoimmune disease of peripheral and central nervous system. It classically follows an infection, most commonly with *H. influenzae* or *C. jejuni* due to molecular mimicry. BBE is considered a form of Guillain-Barre Syndrome or Miller Fisher Syndrome.

Case report:

The 32-years-old male was admitted to the neurology department complaining of increasing numbness in extremities occurring in course of upper respiratory tract infection. In the preceding days patient experienced high pyrexia, dry cough and stuffy nose. Soon after admission patient's neurological status deteriorated with new symptoms like vertigo, nausea, nystagmus, loss of consciousness, generalized seizures – all diagnostic imaging was unremarkable. Patient was transferred to the intensive care unit (ICU). Diagnostics were initially focused on meningitis or encephalitis, however the infective cause was diminished. The next likely cause was autoimmune encephalitis or BBE. Electroneurography showed marked abnormalities in neuro-muscular transduction. Appropriate laboratory tests were ordered, however these were sent-out test and were not available when starting the patient on therapeutic plasma exchange (TPE) with spectacular improvement in neurological status - patient regained consciousness and improved motor function. The only positive laboratory test were highly elevated antibodies anti-GAD which may occur in BBE. Retrospectively diagnosis of BBE was made. Patient was transferred to neurology department, then neurological rehabilitation department and made full recovery.

Conclusion:

BBE is a rare disease with unspecific neurological symptoms. The turn-around time for confirmatory laboratory tests is prolonged and should not delay commencement of appropriate treatment. Following exclusion of infective cause of neurological symptoms, patients should optimally be started on TPE as immunosuppressive agents may not be effective. Physicians experienced in TPE should be cognizant of atypical course of BBE in order to start TPE as soon as possible.

Gdy zostajesz sam - jak opieka nad pacjentem wpływa na efektywność terapii NIV

Anna Żlik, Mikołaj Rycerski, Szymon Gawęda

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
dr. hab. n. med. Szymon Skoczyński,
prof. SUM

Wstęp:

Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna (NIV) jest coraz powszechniejszą metodą leczenia na oddziałach pulmonologicznych i/lub oddziałach intensywnej terapii. NIV stosowany jest szczególnie u pacjentów z zaostrzeniem POChP (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) i zaostrzeniem przewlekłej kwasicy oddechowej. W takich przypadkach pacjenci wymagają kontynuacji NIV w warunkach domowych.

Opis przypadku:

67 letnia pacjentka z przewlekłą niewydolnością oddechową, POChP, zespołem kruchości, innymi współistniejącymi chorobami (konkretne choroby), od 8 lat DLT (domowa terapia tlenem) oraz NIV, została przywieziona na SOR z powodu duszności, desaturacji oraz znacznego wyniszczenia organizmu. Wyniki gazometrii prezentowały się następująco: $\text{pH}=7,451$; $\text{pCO}_2=40$; $\text{pO}_2=34,1$; $\text{HCO}_3=27,2$, SAT: 68,5,a po zastosowaniu tlenoterapii w warunkach szpitalnych SAT: 93. U Pacjentki nie występowały kliniczne, laboratoryjne cechy infekcji ani jakiegokolwiek objawy sugerujące bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia. Pacjentka była tydzień wcześniej wypisana z tutejszego Oddziału po 16 dniowej hospitalizacji z powodu zapalenia płuc. Przy wypisie deklarowała aktywną opiekę osób trzecich. Wobec braku medycznych wskazań do hospitalizacji oraz wysokiego ryzyka wystąpienia zakażenia wewnątrzszpitalnego, które mogłoby wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia ze zgonem włącznie, zasugerowano konieczność natychmiastowego wypisu do domu. W wyniku rozmowy, Pacjentka przyznała, że nie jest samowystarczalna, nie posiada stałej opieki domowej, jak również środków finansowych do pokrycia kosztów związanych z pobytem w Zakładzie Opieki Leczniczej (ZOL) dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Wobec powyższego została podjęta decyzja o kolejnej hospitalizacji. Po 3 dniach od przyjęcia nastąpił zgon chorej z powodu powikłań oddechowych infekcji wewnątrzszpitalnej E.coli ESBL+ i S.aureus MRSA+.

Wnioski:

Zaniedbania, takie jak w przypadku tej pacjentki, tj. nieprawidłowe zakładanie maski, brak nadzoru nad czasem stosowania DLT oraz NIV, prowadzą do nieprawidłowego zastosowania terapii. Status rodzinny i społeczny może wpływać na brak możliwości prowadzenia NIV w warunkach domowych.

Is intensive insulin therapy a lifelong treatment?

Kamil Tkacz, Krzysztof Orzet

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekunowie pracy:

lek. Anna Nowak

lek. Katarzyna Wójcik

prof. dr hab. n. med. Leszek

Czupryniak

Background:

Proper treatment and self-control are crucial in diabetes management. Standard therapy of type 2 diabetes (DM2) involves oral treatment or GLP-1/GIP-analogues administration. However, in case of newly diagnosed and decompensated DM2 intensive insulin therapy is used initially.

Case report:

A 47-year-old man with DM2, obesity, vitiligo and obstructive sleep apnea presented with uncompensated diabetes. The patient had been treated with insulin for 15 years since he was diagnosed with DM2. His total daily dose of insulin was 80-100 units and his blood glucose ranged from 200 to 300 mg/dl. He reported no hyperglycemia-related symptoms but experienced numbness and tingling in his legs, indicative of diabetic polyneuropathy. Persistent elevated arterial blood pressure was observed. Upon admission, the patient's HbA1c level was 8,8%, exceeding the recommended target of less than 7%. Laboratory findings showed increased C-peptide two hours after the meal, which is a sign of preserved insulin secretion. Initially, the patient underwent two days of intravenous intensive insulin therapy to restore normoglycemia, followed by oral medications including metformin, empagliflozin, and sitagliptin. Additionally, during the hospitalization the patient was diagnosed with diabetic polyneuropathy, hypertension and dyslipidemia, thus proper treatment was implemented such as alpha-lipoic acid i.v. for 6 days, ACE-inhibitor and statin. The patient was discharged home after 6 days of hospitalization.

Conclusions:

This case shows that intensive insulin therapy may not be a final step in DM2 treatment. It was successfully modified to oral treatment, however it does not exclude the need for future insulin therapy in this case. Preserved beta cells function showed the possible protective role of exogenous insulin. Nonetheless, it is not recommended to prolong insulin therapy when the oral treatment is effective due to potential side effects. Oral treatment with SGLT2 inhibitors or GLP-1 analogues administration should be always considered due to their cardio- and renoprotective role.

Niestandardowe postępowanie w leczeniu MVP i arytmii komorowej

Oskar Woźniak, Jacek Wysoczański

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy: prof. dr hab. n. med.
Katarzyna Mizia-Stec

Wstęp:

Prezentujemy Państwu przypadek pacjentki z nasilającymi się w ostatnim czasie arytmiami komorowymi, leczonej do tej pory lekami beta-adrenolitycznymi oraz suplementacją potasu i magnezu. U pacjentki z powodu wysokiego ryzyka wystąpienia nagłego zgonu sercowego rozważane jest wszczęcie implantowalnego kardiowertera-defibrylatora, mimo że podstawowa jednostka chorobowa nie występuje wśród wskazań do tego zabiegu w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Ponadto mimo występowania wypadania tylnego płotka zastawki mitralnej, co jest względnym przeciwwskazaniem zdecydowano się zastosować leczenie flecainidem w dawce 2x100mg, uzyskując redukcję ilościową arytmii.

Opis przypadku:

Pacjentka została przyjęta na oddział z powodu nasilenia arytmii serca, aby ustalić dalszy sposób leczenia. 38-letnia chora z komorowymi zaburzeniami rytmu serca, wypadaniem płotka zastawki dwudzielnej, po zapaleniu mięśnia sercowego w przebiegu infekcji Sars-Cov-2. Dodatkowo cierpi na niedoczynność tarczycy, nabyty zespół von Willebrandta oraz w ostatnim czasie pojawiły się objawy pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, co wymaga dalszej diagnostyki. W badaniu echokardiograficznym wymiary jam serca oraz kurczliwość lewej komory w normie. Uwidoczniono pogrubiałe płatki zastawki mitralnej, zwłaszcza tylny wypadający do lewego przedsionka, z centralną falą zwrotną, IMA 5,5 cm², pierścień zastawki 36 mm z zwapnieniami. Zgodnie z odrębną notatką z dnia przyjęcia u pacjentki występował MAD (mitral annular disjunction), którego nie uwidoczniono podczas badania. W badaniu holterowskim EKG, po odstawieniu leków beta-adrenolitycznych, wystąpiły trójogniskowe przedwczesne pobudzenia komorowe w ilości 1033 oraz okresowe wstawki bigeminii. Przeprowadzono również próbę wysiłkową, gdzie w początkowej fazie badania (2 min.) wystąpiła salwa nieutralonego częstoskurczu komorowego. W dalszej części próby arytmii nie zaobserwowano. Zdecydowano wdrożyć leczenie flecainidem w dawce 2x100mg, przywrócono leczenie beta-adrenolityczne, zalecono badanie EKG holterowskie w trybie ambulatoryjnym oraz zaplanowano kontrolną hospitalizację za 3 miesiące.

Wnioski:

Nieszablonowe podejście do leczenia jest konieczne w przypadkach niestandardowego przebiegu najczęstszych jednostek chorobowych jak i chorób rzadkich. Brak wytycznych zmusza klinicystów do opracowywania najskuteczniejszej i spersonalizowanej ścieżki leczenia pacjenta.

Rzadko nie znaczy nigdy - nietypowe powikłanie terapii immunosupresyjnej

Karolina Osińska, Agnieszka Morawa

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Joanna Musialik**

Wstęp:

Leki immunosupresyjne, których rolą jest ograniczanie aktywności układu immunologicznego są szeroko stosowane w terapii chorób autoimmunologicznych czy nowotworowych. Efektem ubocznym ich stosowania jest między innymi zwiększona podatność na infekcje, zarówno bakteryjne, wirusowe jak i grzybicze.

Opis przypadku:

64-letnia kobieta z rozpoznaniem od kilku miesięcy autoimmunologicznym zapaleniem wątroby i prowadzoną w związku z tym terapią immunosupresyjną (prednizon+merkaptopuryna) została przyjęta do szpitala celem diagnostyki i leczenia zaburzeń świadomości. Około 12 godzin przed przyjęciem pojawił się nasilony ból głowy i wzrost ciśnienia tętniczego, a następnie po kilku godzinach senność, spowolnienie i pogorszenie kontaktu z chorą. Podobny, lecz o mniejszym nasileniu epizod spowolnienia, wzmożonej senności i bólów głowy wystąpił około 2 tygodni wcześniej ustępując po 3 dniach samoistnie i nie był konsultowany z lekarzem. W chwili przyjęcia, w badaniu neurologicznym stwierdzono zaburzenia orientacji i spowolnienie, objawy oponowe były ujemne, próba Romberga dodatnia. W wykonanej tomografii komputerowej głowy nie uwidoczniiono cech ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono natomiast leukocytozę oraz podwyższone stężenie białka ostrej fazy, wobec czego wykonano nakłucie lędźwiowe. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ujawniło stan zapalny z cytozą w płynie wynoszącą 726/uł, a w panelu do wykrywania zakażeń OUN wykazano obecność *Listeria monocytogenes*, co potwierdził posiew. Mimo włączenia celowanej antybiotykoterapii po kilku dniach doszło do dalszego nasilenia objawów neurologicznych, a kontrolne badanie rezonansem magnetycznym (MR) ujawniło proces zapalno-ropny z ropniem mózgu w jednym z zakrętów ciemieniowych po stronie prawej. Intensyfikacja terapii pozwoliła na uzyskanie stopniowej poprawy stanu klinicznego, a w kontrolnym MR regresję opisywanych wcześniej zmian zapalnych.

Wnioski:

Zakażenie OUN jest bardzo rzadką manifestacją kliniczną listeriozy, a tylko w 10% zapalenia mózgu dochodzi do powikłania jakim jest ropień mózgu. Predysponowani są pacjenci z obniżoną odpornością, zwłaszcza komórkową, np. w przebiegu zakażenia HIV lub leczenia immunosupresyjnie.

Infekcja CMV u pacjenta po transplantacji serca

Ewa Olewnicka, Szymon Gawęda, Maria Mirek

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Szymon Skoczyński,
prof. SUM
dr n. med. Anna Danel**

Wstęp:

Biorcy przeszczepów zaliczani są do grupy zwiększonego ryzyka zakażenia i ciężkiego przebiegu infekcji z uwagi na przewlekłą immunosupresję. Zakażenia, najczęściej o etiologii wirusowej, cechują się zmniejszoną odpowiedzią zapalną, skąpo objawowym przebiegiem klinicznym, szybkim zajęciem narządów i tkanek oraz przewlekłym uszkodzaniem przeszczepionego narządu.

Opis przypadku:

Pacjent lat 46 po ortotopowym przeszczepie serca w 2021 roku, ze schyłkową niewydolnością nerek w trakcie okresowej dializoterapii, został przekazany do Oddziału Pulmonologicznego z Oddziału Kardiologii z powodu wewnątrzszpitalnego zapalenia płuc (otrzymywał linezolid i meropenem). Przy przyjęciu Pacjent splątany, gorączkujący, z dusznością, nie odkrztuszał płwociny. W badaniu fizykalnym liczne wybroczyny na skórze całego ciała, wodobrzusze. W badaniach laboratoryjnych Hgb 9,8, WBC 3,75, CRP 9,56, eGFR 9,58. W trakcie pobytu Chory na NIV (non invasive ventilation): pH 7,35, pCO₂ 45, pO₂ 67,5. Włączono HFNC (high-flow nasal cannula) wobec braku tolerancji (pH 7,22, pCO₂ 58, pO₂ 84). Aspiraty oskrzelowe uzyskane w NIV-FOB (fiberoptic bronchoscopy) potwierdziły obecność K.pneumoniae KPC CTXM ESB. W kolejnych dniach obserwowano nasilenie niewydolności oddychania, narastającą mocznicę, hipotensję, wobec czego Pacjenta przekazano do oddziału intensywnej terapii, gdzie wdrożono ciągłą dializoterapię oraz wykonano drenaż jamy otrzewnej uzyskując 6,5 l mętnego płynu. Po uzyskaniu stabilizacji stanu klinicznego Pacjenta przekazano do ośrodka transplantacyjnego celem weryfikacji intensywności leczenia immunosupresyjnego i próby wykluczenia infekcji oportunistycznych. W czasie hospitalizacji obserwowano nasilenie plamicy, gorączkę ze wzrostem parametrów zapalnych oraz hipotonię wymagającą podaży amin presyjnych. Z uwagi na ciężki stan Pacjenta włączono dożylnie sterydy oraz immunoglobuliny uzyskując poprawę kliniczną. Wobec stwierdzenia infekcji CMV w badaniu PCR, zgodnie z zaleceniami w leczeniu zastosowano valgancyklowir. Pacjenta w stanie stabilnym wypisano do domu.

Wnioski:

Infekcja CMV u pacjentów po przeszczepach narządów w stanie immunosupresji może zagrażać życiu i mieć niejasny obraz kliniczny. Pacjenci po przeszczepach wymagają szeroko zakrojonej diagnostyki i multidyscyplinarnego podejścia.

SESJA PRZYPADKÓW ZABIEGOWYCH I

JAK ZAPOBIEC PARAPLEGII PRZY BVAR? ENDOWASKULARNE LECZENIE TĘTNIAKA AORTY STENT-GRAFTEM BRANCH'OWYM, Z ZAOPATRZENIEM TĘTNICY ADAMKIEWICZA.....	13
NIESTANDARDOWE LECZENIE NADZWYCZAJNYCH POWIKŁAŃ - POŁĄCZENIE METOD CHIRURGICZNYCH I ENDOSKOPOWYCH W CELU ZAOPATRZENIA POOPERACYJNEJ PRZETOKI TRZUSTKOWEJ Z PERFORACJĄ ŻOŁĄDKA.....	14
KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA I LECZENIE W ZAWALE SERCA Z WSPÓŁISTNIEJĄCYMI NIEZALEŻNYMI STANAMI NAGŁYMI	15
POWIKŁANIA TERAPII BISFOSFONIANOWEJ – PRZYPADEK MARTWICY ŻUCHWY.	16
AT THE END OF THE DAY, IT'S THE PATIENT THAT MATTERS MOST: A CASE OF HIGHLY SYMPTOMATIC FOCAL NODULAR HYPERPLASIA	17
PRZEZSKÓRNA IMPLANTACJA SAMOROZPRĘŻALNEJ ZASTAWKI VENUS P-VALVE U PACJENTKI Z WTRÓRNĄ CIĘŻKĄ NIEDOMYKALNOŚCIĄ PŁUCNĄ	18
AMYLOIDOZA TRANSTYRETYNOWA SERCA. CZY TERAPIA WYSOKOENERGETYCZNA W PREWENCJI PIERWOTNEJ NAGŁEGO ZGONU SERCOWEGO, NADAL KONTROWERSYJNA?.....	19
BEYOND THE SCAR: UNVEILING THE ENIGMA - A CASE STUDY ON DIAGNOSING AND NAVIGATING DESMOID TUMORS IN THE ABDOMINAL WALL	20
ATEREKTOMIA ROTACYJNA ORAZ ATEREKTOMIA ORBITALNA JAKO SKUTECZNE I BEZPIECZNE TECHNIKI MODYFIKACJI SILNIE UWAPNIONYCH ZWĘŻEŃ W TĘTNICACH WIEŃCOWYCH U PACJENTA WYSOKIEGO RYZYKA.....	21
RARE INCIDENTAL BLADDER LEIOMYOMA: A CASE OF A 38-YEAR-OLD ASYMPTOMATIC MALE	22
TWARDZINA UKŁADOWA - WSKAZANIE DO TRANSPLANTACJI SERCA?.....	23
A RARE COMPLICATION AFTER INTRA-GASTRIC BALLOON PLACEMENT	24

Jak zapobiec paraplegii przy BVAR? Endowaskularne leczenie tętniaka aorty stent-graftem branch'owym, z zaopatrzeniem tętnicy Adamkiewicza

Antoni Wołoszyn, Małgorzata Toroń

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy: prof. dr hab. n. med.
Wacław Kuczmik**

Wstęp

Opis dotyczy pacjenta z rozpoznaniem tętniakiem aorty piersiowo-brzusznej zakwalifikowanego do leczenia endowaskularnego typu BVAR. U pacjenta stwierdzono rzadko spotykaną korzyść anatomiczną, będącą tętnicą Adamkiewicza o znacznej średnicy. To odkrycie skłoniło do zaproponowania koncepcji leczenia, wykorzystującej stent-graft branch'owy z ramieniem dedykowanym dla tętnicy korzeniowej wielkiej. Zaopatrzenie tego naczynia, umożliwiła zapobiegnięcie wystąpienia powikłania paraplegii, w mechanizmie niedokrwienia rdzenia kręgowego.

Opis przypadku:

Osiemdziesięcioletni pacjent z rozpoznaniem tętniakiem odcinka piersiowo-brzusznej tętnicy głównej. Powiększający się worek tętniaka oraz zwiększone ryzyko pęknięcia aorty były podstawą do kwalifikacji pacjenta do operacji wewnątrznaczyniowej, celem implantacji stent-graftu branch'owego. Badanie obrazowe wykazało obecność u pacjenta tętnicy Adamkiewicza o dużej średnicy(4mm). W tym przypadku zdecydowano się na zastosowanie stent-graftu zamawianego, z dedykowanym dodatkowym ramieniem zaopatrującym wspomniane naczynie. Zabieg przebiegł bez komplikacji. Okres pozabiegowy bez powikłań, pacjent został wypisany do domu w stanie dobrym.

Wnioski:

Paraplegia jest nadal powikłaniem obarczającym zabiegi endowaskularnej naprawy tętniaków aorty. Metoda leczenia przedstawiona w opisanym przypadku, prawdopodobnie jedna z pierwszych na świecie, zapewniła wyłączenie worka tętniaka z krążenia, jednocześnie zapobiegając wystąpieniu paraplegii w okresie około- i pozabiegowym. Powodzenie koncepcji leczenia niesie ze sobą przesłanki do stosowania tej metody u szerszej grupy kwalifikujących się pacjentów.

Niestandardowe leczenie nadzwyczajnych powikłań - połączenie metod chirurgicznych i endoskopowych w celu zaopatrzenia pooperacyjnej przetoki trzustkowej z perforacją żołądka

Martyna Najmrocka

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
lek. Karolina Majewska
dr n. med. Piotr Wosiewicz
dr n. med. Jakub Ciosek
dr hab. n. med. Beata Jabłońska
prof. dr hab. n. med. Sławomir
Mrowiec**

Wstęp:

Pooperacyjna przetoka trzustkowa (POPF) to jedno z najcięższych powikłań w chirurgii jamy brzusznej, występujące u 30% pacjentów po obwodowej resekcji trzustki. W około 0,3% do wytworzenia przetoki dochodzi u chorych operowanych z powodu raka jelita grubego, w przypadku konieczności wykonania jednoczesowej resekcji jelita grubego i fragmentu trzustki z powodu nacieku nowotworu lub wyniku przypadkowego uszkodzenia mięszu trzustki podczas hemikolektomii. Wydzielina przetoki trzustkowej zawiera aktywowane proteazy, które mogą spowodować dalsze powikłania. W opisywanym przypadku na skutek POPF doszło do powstania rozległego zbiornika martwicy z perforacją części podwypustowej żołądka.

Opis przypadku:

85-letni chory został przyjęty do Kliniki Chirurgii celem drenażu przezskórnego zbiornika płynowego lewego nadbrzusza pod kontrolą tomografii komputerowej (TK). Osiem miesięcy wcześniej u pacjenta wykonano lewostronną hemikolektomię z resekcją fragmentu ogona trzustki z powodu raka zagięcia śledzionowego okrężnicy, powikłaną wytworzeniem zewnętrznej przetoki trzustkowej. Po sześciu miesiącach przetoka uległa zamknięciu. Od tego czasu pacjent zgłaszał dolegliwości dyspeptyczne oraz ból w lewym nadbrzuszu. Parametry stanu zapalnego były podwyższone, a w TK jamy brzusznej widoczny był zbiornik płynowy o wymiarach 155x108mm, uciskający śledzionę, żołądek oraz ogon trzustki. Wykonano drenaż przezskórny zbiornika pod kontrolą TK. W kontrolnych badaniach obrazowych uwidoczniło się progresję zmiany ze zwiększeniem jej wielkości. Wobec braku skuteczności dotychczasowego leczenia oraz niepewnego charakteru opisywanej zmiany, zdecydowano o laparotomii eksploratywnej, w trakcie której ewakuowano olbrzymi zbiornik zakażonej martwicy okołotrzustkowej. Wykonana śródoperacyjnie próba barwnikowa wykazała komunikację zbiornika ze światłem żołądka, co potwierdzono śródoperacyjną endoskopią, uwidaczniając rozległą podwypustową perforację tylnej ściany żołądka. Do przetyku wprowadzono samorozprężalną protezę metalową, zaopatrując otwór perforacji. Dystalny koniec protezy pod kontrolą endoskopową przyszyto do przedniej ściany żołądka, a proksymalny uchwycono klipsami. Komorę zbiornika wypełniono dwoma setonami wytwarzając laparostomię.

Wnioski:

Przedstawiony przypadek to rzadkie powikłanie POPF, leczone niestandardowym połączeniem endoskopowego protezowania przetyku i żołądka z ufiksowaniem protezy przez zespół chirurgiczny. Zasadniczą rolę w leczeniu takich powikłań odgrywa dobra współpraca chirurgów i endoskopistów.

Kompleksowa diagnostyka i leczenie w zawałe serca z współistniejącymi niezależnymi stanami nagłymi

Szymon Glanowski

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum

Opiekunowie pracy:
dr n. med. Michał Chyrchel
lek. Jan Roczniak

Wstęp:

Zawał serca jest stanem zagrożenia życia wymagającym pilnej interwencji. Jednakże, może on współistnieć z innymi poważnymi chorobami, które również mogą być stanem nagłym i zostać przeoczone.

Opis przypadku:

70-letni mężczyzna z otyłością, niewydolnością serca, cukrzycą typu 2, został przyjęty z diagnozą zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Pacjent w stanie ciężkim, na wlewie amin presyjnych, z objawami wstrząsu kardiogenego. W koronarografii: 30% zwężenie pnia głównego, 99% krytyczne zwężenie gałęzi międzykomorowej przedniej, bez istotnych zmian w pozostałych naczyniach. Wykonano pierwotną angioplastykę naczynia dozawałowego przywracając napływ TIMI 3. Następnie wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie częstoskurczu komorowego. Defibrylacja pozwoliła przywrócić rytm zatokowy i spontaniczne krążenie. Badania laboratoryjne wykonane po stabilizacji pacjenta wykazały znacznie podniesione TSH (138 mIU/l) i bardzo niskie fT3 i fT4. Z powodu podejrzenia przełomu hipometabolicznego, włączono lewotyrosynę i hydrokortyzon. Z powodu utrzymującego się bólu w klatce piersiowej promieniującego do pleców, wysunięto podejrzenie rozwarstwienia aorty. W angio-CT: dyssekcja Stanford A, bez napływu do światła rzekomego. Z uwagi na stan pacjenta, został on zdyskwalifikowany od leczenia chirurgicznego. W kontrolnym angio-CT po 3 tygodniach: rozszerzenie dyssekcji aortalnej do lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej, drobna skrzeplina w lewej tętnicy szyjnej wspólnej. Po konsultacji Heart Team, kwalifikacja do leczenia zachowawczego. Z powodu niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową (20%) oraz zaawansowanego bloku przedsionkowo-komorowego, pacjenta zakwalifikowano do implantacji kardiowertera-defibrylatora. Została ona odroczone z powodu szpitalnego zapalenia płuc i próchnicy zębów; z powodu bradykardii i węzłowego rytmu zastępczego (30/min) pacjenta zakwalifikowano do tymczasowej stymulacji elektrodą przezskórną. W następnym tygodniu pacjent przeszedł implantację kardiowertera-defibrylatora, dwa dni później, po 5 tygodniach pobytu, został wypisany do domu.

Wnioski

Nawet w przypadku nagłych stanów zagrożenia życia, takich jak zawał serca, pacjent powinien być poddany kompleksowej ocenie po wdrożeniu niezbędnego leczenia i stabilizacji stanu. Inne stany zagrożenia życia mogą współistnieć z pierwotną przyczyną hospitalizacji, a ich objawy mogą się nakładać.

Powikłania terapii bisfosfonianowej – przypadek martwicy żuchwy

Vasyl Behun, Julia Maślanka

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Daria Wziątek- Kuczmik
prof. dr hab. n. med. Iwona Niedzielska**

Wstęp:

Terapia bisfosfonianami jest częstym leczeniem z wyboru osteoporozy. Działanie tych leków polega na hamowaniu procesu rozkładu kości. Jednym z rzadkich skutków ubocznych ich stosowania jest martwica żuchwy, która może się rozwijać na tle zaburzeń przepływu krwi w kościach oraz funkcji komórek zwanych osteoklastami. Zaburzenie metabolizmu kości zwiększa ryzyko infekcji bakteryjnych.

Opis przypadku:

82-letnia pacjentka zgłosiła się w styczniu 2023 roku do Poradni Przyklinicznej Oddziału Chirurgii Szcękowo-Twarzowej ŚUM w Katowicach z powikłaniem terapii bisfosfonianowej w postaci przetok skórnych w okolicy żuchwy wynikających z martwicy kości żuchwy. Po konsultacji z kierownictwem kliniki podjęto celowaną antybiotykoterapię, która nie przyniosła oczekiwanego efektu. W związku z tym skierowano pacjentkę na hiperbaryczną terapię tlenową w celu opanowania stanu zapalnego, która również nie przyniosła istotnej poprawy. Podjęto decyzję o leczeniu chirurgicznym – przeprowadzono zabieg w znieczuleniu ogólnym, polegający na resekcji części żuchwy wraz z rekonstrukcją za pomocą płyty Medartis oraz usunięciu przetok skórnych. Leczenie pooperacyjne powikłane procesem zapalnym w postaci ropnia podbródkowego, który następnie przyczynił się do obnażenia płyty w okolicy podbródkowej. Ze względu na postępujące trudności w podstawowych funkcjach życiowych (oddychaniu/połykaniu) podjęto decyzję o założeniu PEG i wykonaniu tracheotomii. W kolejnym etapie płyta rekonstrukcyjna żuchwy została usunięta ze względu na poszerzającą się i nieogojącą się ranę. Do rozważania rekonstrukcja przeszczepem mikrounaczyniowym.

Wnioski:

Przypadek dowodzi, że terapia bisfosfonianowa może przyczynić się do martwicy kości szczęk. Dlatego zaleca się opiekę i kontrole stomatologiczne w trakcie terapii.

At the end of the day, it's the patient that matters most: a case of highly symptomatic focal nodular hyperplasia

Maciej Pluskiewicz, Paweł Kurzelowski

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Aleksandra Piłśniak
prof. dr hab. n. med. Michał Holec**

Introduction:

Focal nodular hyperplasia (FNH) is the second most common benign lesion of the liver, asymptomatic in 80% of cases. Symptoms, when present, are vague and nonspecific – minor elevations of liver enzyme activity may be seen. We present a case of FNH with unusually high liver enzyme activity and severe pain, which warranted surgical intervention.

Case report:

The patient is a 30-year-old female with a history of gastroesophageal reflux disease, colitis ulcerosa (CU) and Gilbert syndrome. The patient presented to the ER with strong pain located in the epigastric region, fever, shortness of breath, headaches. The symptoms started over a week prior and gradually intensified. Moreover, during the past 4 months the patient reported significant drowsiness, loss of appetite with unintentional 5 kg weight loss and frequent upper respiratory tract infections. Laboratory blood tests showed high liver enzyme activity. An ultrasound, then MRI was performed and showed a 84x72mm lesion in the IV segment of the liver, radiological characteristics matching FNH with high probability. Conservative treatment was recommended. Throughout the course of the next month the symptoms intensified. The patient was reevaluated for surgical treatment. Two months later a surgical operation was performed, during which the lesion and gallbladder were resected. Pathologic examination confirmed FNH. Following the operation, previous symptoms subsided. However, persistent bile diarrhea has been present up to 10 times per day. Six months after the operation a colonoscopy was performed - no macroscopic abnormalities were reported. Pathological examination of biopsy fragments diagnosed CU in remission.

Conclusion:

The case describes a patient with unusually symptomatic FNH that necessitated surgery, which was successful at relieving symptoms but as a side effect the patient experienced persistent diarrhea - likely caused by post-cholecystectomy syndrome. This case highlights that at times focusing on the clinical presentation and decisive action is more adequate than a conservative approach.

Przezskórna implantacja samorozprężalnej zastawki Venus P-Valve u pacjentki z wtórną ciężką niedomykalnością płucną

Artur Łapaj, Michał Kapałka

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
dr hab. n. med. Roland Fiszer
dr n. med. Michał Gałęzka**

Wstęp:

Metodą z wyboru w leczeniu wrodzonego zwężenia zastawki płucnej jest jej przeznaczyniowa plastyka balonowa. Jednakże, pacjenci z hipoplazją pierścienia tej zastawki wymagają jego chirurgicznego poszerzenia łąką przepierścieniową, co wiąże się z wtórną niedomykalnością zastawki. Długo utrzymująca się niedomykalność płucna (PI) prowadzi do rozstrzeni komory prawej (RV). Metodami leczenia PI są chirurgiczna lub przeznaczyniowa wymiana zastawki płucnej. Do niedawna zabiegi przeznaczyniowej implantacji zastawki płucnej (PPVI) były ograniczone jedynie do pacjentów z drogą odpływu komory prawej (RVOT) o średnicy do 28 mm. Nowe samorozprężalne zastawki (Venus P-Valve, Pulsta) umożliwiają leczenie przeznaczyniowe u pacjentów z szerszym RVOT. Celem pracy jest przedstawienie wyników jednego z pierwszych w Polsce zabiegów PPVI zastawką nowej generacji.

Opis przypadku:

19-letnia pacjentka z ciężką PI po chirurgicznym poszerzeniu zastawki płucnej łąką przepierścieniową w 4 miesiącu życia. Pacjentka z łagodnymi cechami niewydolności serca, w badaniu fizykalnym z głośnym szmerem skurczowym i rozkurczowym PI. W echokardiografii zobrazowano ciężką PI, powiększenie RV. W badaniu tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego serca potwierdzono istotne powiększenie RV (o ponad 60%), komora o dobrej kurczliwości. Celem przygotowania do zabiegu, na podstawie TK, wykonano symulację zabiegu przy zastosowaniu technologii 3D. Pod kontrolą nawigacji 3D i fluoroskopii wykonano kalibrację balonową RVOT, potwierdzono odpowiednią anatomię RVOT i wykluczono potencjalny ucisk zastawki na naczynia wieńcowe. Następnie skutecznie w pozycję płucną implantowano zastawkę Venus P-valve 34/25 mm, zabieg bez powikłań. W drugiej dobie po zabiegu pacjentka zgłosiła umiarkowane dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, w badaniach laboratoryjnych obserwowano przejściowy wzrost troponin przy prawidłowym zapisie EKG oraz prawidłowym obrazie tętnic wieńcowych w TK. Po krótkiej obserwacji dolegliwości ustąpiły samoistnie. W kontrolnej echokardiografii potwierdzono dobrą funkcję zastawki. Dwumiesięczny okres obserwacji był niepowikłany.

Wnioski:

Samorozprężalna zastawka Venus p-Valve może być skutecznie i bezpiecznie stosowana u wyselekcjonowanych pacjentów z szerokim RVOT po uprzednim chirurgicznym leczeniu wrodzonej wady serca. Dokładne planowanie jest kluczowe dla powodzenia zabiegu.

Amyloidoza transtyretynowa serca. Czy terapia wysokoenergetyczna w prewencji pierwotnej nagłego zgonu sercowego, nadal kontrowersyjna?

Dorota Woźniak, Michał Kawa, Małgorzata Toroń

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
lek. Mateusz Sajdok
prof dr. hab. n. med. Krzysztof S.
Gołba**

Wstęp:

Amyloidoza transtyretynowa serca (ATTR-CM) to choroba polegająca na niekontrolowanej produkcji nierozpuszczalnego amyloidu odkładającego się pozakomórkowo w obrębie mięśnia sercowego. Jej rozpoznawalność rośnie, jednakże nadal pozostaje wyzwaniem pod względem terapeutycznym. Prezentujemy przypadek nieczęstego zastosowania w ATTR-CM terapii wysokoenergetycznej (HV) w prewencji pierwotnej nagłego zgonu sercowego (SCD) z bogatą dokumentacją badań obrazowych.

Opis przypadku:

Pacjent rocznik 1947 z przerostem lewej komory (LK) w echokardiografii (ECHO) i badaniu rezonansem magnetycznym (MRI) oraz niewydolnością serca (NS) stwierdzone w 2010. W 2016 zawał serca leczony angioplastyką wieńcową (PCI) lewej tętnicy zstępującej, kolejna PCI gałęzi okalającej w 2020. W kolejnych ECHO/MRI postępująca progresja przerostu i restrykcji LK, a ponadto napadowe arytmie przedsionkowe. Obraz kliniczny sugerował rozpoznanie ATTR-CM, ostatecznie potwierdzone badaniem SPECT w 2020. W 02.2021, w związku z obniżoną do 25% frakcją wyrzutową LK oraz obrazem bloku lewej odnogi pęczka Hisa, implantacja w prewencji pierwotnej kardiowertera-defibrylatora z funkcją resynchronizacji (CRT-D). W 2022 r. rozpoczęto leczenie spowalniające odkładanie się amyloidu w mięśniu sercowym tafamidem. Uzyskując nieznaczną poprawę tolerancji wysiłku. W 12.2023 r. wystąpienie burzy elektrycznej w przebiegu adekwatnych wyładowań CRT-D, następnie leczenie amiodaronem z miernym efektem. Po kolejnych epizodach częstoskurczu komorowego (VT) w 01.2024 r. hospitalizacja celem ewentualnej kwalifikacji do radioterapii stereotaktycznej substratu arytmii (STAR). W ECHO oraz MRI wykazano zajęcie 90% mięśniówki przez amyloid. Po dyskwalifikacji z leczenia STAR przeprowadzono klasyczną ablację substratu VT z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego oraz zmodyfikowano farmakoterapię antyarytmiczną wprowadzając lignocainę i.v., oraz meksyletynę doustnie.

Wnioski:

Aktualne stanowiska ekspertów nie zalecają stosowania terapii HV w prewencji pierwotnej SCD w ATTR-CM. Jednak wcześniejsze rozpoznawanie i wcześniejsze stosowanie innowacyjnej terapii mogą przyczynić się do poprawy rokowania co do długości życia tych pacjentów i skłonić do rewaluacji wskazań do stosowania u nich terapii HV w prewencji pierwotnej SCD.

Beyond the Scar: Unveiling the Enigma - A Case Study on Diagnosing and Navigating Desmoid Tumors in the Abdominal Wall

Małgorzata Toroń, Antoni Wołoszyn

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Anna Kociszewska**

Introduction:

Desmoid tumors (DTs), rare locally aggressive neoplasms, account for 3% of soft tissue tumors. We present the case of a 33-year-old female with DT at a cesarean section scar site.

Case report:

Diagnostic challenges included cyclical pain and palpable mass, which initially led to the suspicion of abdominal wall endometriosis. Ultrasonography revealed a size of 65x24x15mm hypoechoic lesion with scattered vascularity. CT imaging necessitated histopathological examination for conclusive diagnosis. At surgery a 5cm mass was resected, indicating abdominal fibrosis with uncertainty of complete excision. Postoperative care was uneventful, with no recurrence at the 6-month follow-up. MRI for the next 12 months shows no nodular features or pelvic abnormalities. Later examination revealed minor changes in the hip joint. Desmoids, constituting 2-5 per 100,000, often manifest as painless masses. Surgical excision, guided by imaging, is the primary treatment. For nonsurgical cases, radiation therapy or hormone therapy may be considered. Our article highlights the need for multidisciplinary approaches to identifying and managing DT. The difficulty differentiating between DT and other diseases, such as endometriosis, emphasizes the importance of an appropriate diagnostic workup.

Conclusion:

This report contributes to understanding the management of DT and emphasizes the significance of accurate diagnosis and tailored treatment planning. Collaborative research is essential for comprehensive guidance, to ensure optimal patient outcomes.

Aterektomia rotacyjna oraz aterektomia orbitalna jako skuteczne i bezpieczne techniki modyfikacji silnie uwapnionych zwężeń w tętnicach wieńcowych u pacjenta wysokiego ryzyka

Jonasz Osiecki

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
lek. Marta Bujak
dr hab. n. med. Paweł Gąsior**

Wstęp:

Pacjenci z masywnie uwapnionymi zwężeniami w tętnicach wieńcowych, często obciążeni wielochorobowo, są wyzwaniem dla współczesnej kardiologii interwencyjnej. W przypadkach, gdy przezskórna angioplastyka wieńcowa (PCI) z wykorzystaniem balonu jest niemożliwa do wykonania lub nieskuteczna, aterektomia rotacyjna (RA) i orbitalna (OA) stają się skutecznymi oraz bezpiecznymi alternatywami umożliwiającymi modyfikację skalkyfikowanych blaszek miażdżycowych.

Opis przypadku:

70-letni pacjent, z nieprawidłowym wynikiem SPECT serca, został przyjęty na III Oddział Kardiologii w Katowicach z dolegliwościami dławicowymi. W wykonanej koronarografii zobrazowano wielonaczyniową chorobę wieńcową. Badanie echokardiograficzne uwidocznilo obniżoną funkcję skurczową lewej komory (LVEF: 25%). Po konsultacji kardiologicznej pacjent został zakwalifikowany do pomostowania aortalno-wieńcowego. Na dzień przed planowanym zabiegiem chory został ponownie przyjęty na Oddział w trybie ostrym, z powodu zawału serca bez uniesienia odcinka ST. Ze względu na masywne zwapnienia wykonano RA tętnicy międzykomorowej przedniej (LAD), następnie po predylatacji zmiany balonem NC 3.0, implantowano stent lekowy (DES), uzyskując angiograficznie optymalny efekt zabiegu. Po uwzględnieniu stanu klinicznego chorego interwencję w obrębie gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej (Cx) odroczone. Miesiąc później wykonano kolejny etap PCI. Badanie optycznej koherentnej tomografii (OCT) w obrębie LAD uwidocznilo niedopreżony stent z ekspansją 65% (pomimo optymalnego efektu angiograficznego) z przylegającą skrzeploną. Jednocześnie wykonano angioplastykę balonową z użyciem balonu NC 4.0mm, uzyskując optymalną ekspansję stentu >90%. Następnie w OCT zobrazowano silnie uwapnioną neoaterosklerozę w Cx. Ze względu na duży kąt odejścia Cx, bliskość bifurkacji oraz uprzednio zaimplantowany stent wykonano OA. Zmianę predylatowano balonem NC 4.0mm oraz balonem uwalniającym lek (DEB) uzyskując optymalny efekt angiograficzny. Badanie OCT potwierdziło zwiększenie minimalnej powierzchni światła z 1.08mm² do 5.92mm².

Wnioski:

Aterektomia rotacyjna i orbitalna, są istotnym uzupełnieniem wykonywanych procedur w kardiologii interwencyjnej. Są metodami efektywnymi i bezpiecznymi, o których warto pamiętać, planując indywidualną strategię terapeutyczną. Dodatkowo, jeśli finalny obraz angiograficzny jest satysfakcjonujący, nie powinno nas to zwalniać od zastosowania obrazowania wewnątrzwieńcowego w celu szczegółowej oceny końcowego efektu angioplastyki.

Rare incidental bladder leiomyoma: a case of a 38-year-old asymptomatic male

Jakub Kulski, Laura Miszewska

Gdański Uniwersytet Medyczny

Opiekun pracy: Kevin Miszewski

Introduction:

Leiomyomas are rarely occurring bladder mesenchymal tumors accountable for less than 0.5% of all bladder neoplasms, with about 250 cases described worldwide. The cause of these benign tumors remains unknown. Majority of cases exhibit obstructive symptoms (49%), symptoms of irritation (38%), and blood in the urine (11%), although approximately 20% of cases may not show any symptoms at all.

Case report:

The patient was referred to the urology department for further evaluation following the incidental discovery of a neoplastic lesion on ultrasound. The patient reported no symptoms and laboratory findings were within normal ranges, including a creatinine level of 0.8 and a PSA level of 1.2. In June, an abdominal and pelvic CT scan was conducted, identifying a clearly demarcated, solid mass in the anterior bladder wall, measuring 39x46x49 mm, exhibiting moderate contrast enhancement, without perivesical fat invasion. Subsequent TURBT procedure revealed an anterior/upper bladder wall being externally compressed, with the mucosa in this area appearing normal. No exophytic lesions were found. A biopsy was obtained from this location however no tumor tissue has been found. An MRI scan performed in September indicated a minor growth in the size of the lesion, characterized by restricted diffusion and minimal contrast enhancement, leading to the suspicion of a leiomyoma with differentiation from leiomyosarcoma and a less likely origin from a patent urachus. The patient underwent a partial cystectomy. Histopathological analysis of the surgical specimen confirmed the diagnosis of a leiomyoma in the urinary bladder wall.

Conclusion:

The case highlights the need for doctors to be aware of the possibility of leiomyomas occurring in the bladder, regarding the fact of them being asymptomatic. Diagnostic imaging and histopathological analysis, plays a crucial role in the effective management of these rare bladder tumors. Partial cystectomy underscores the efficacy of surgical intervention in managing such lesions.

Twardzina układowa - wskazanie do transplantacji serca?

Magdalena Królikowska, Anna Kowal, Michał Krawiec

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekunowie pracy:
dr n. med. Joanna Śliwka
dr n. med. Szymon Pawlak

Wstęp:

Twardzina układowa jest chorobą autoimmunologiczną obejmującą skórę oraz narządy wewnętrzne, w tym układ krążenia, oddechowy czy pokarmowy. Włóknienie prowadzi do dysfunkcji i niewydolności zajętych organów. Leczenie twardziny układowej polega na terapii swoistej narządowo, ponieważ nie ma leczenia przyczynowego.

Opis przypadku:

Przedstawiamy przypadek 42-letniego mężczyzny z twardziną układową, który został przyjęty do Śląskiego Centrum Chorób Serca z powodu zaostrzenia niewydolności serca ze zredukowaną frakcją wyrzutową lewej komory. W wywiadzie nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie aktywności elektrycznej bez tętna (PEA) ze skuteczną resuscytacją krążeniowo-oddechową. Przy przyjęciu do oddziału chory był w stanie ogólnym ciężkim, na tlenoterapii biernej oraz na wlewie amin presyjnych. W wykonanym badaniu echokardiograficznym przezklatkowym stwierdzono ciężką obukomorową dysfunkcję skurczową (frakcja wyrzutowa (EF) = 15%), powiększenie lewej i prawej komory, średnią/ciężką niedomykalność zastawki mitralnej, masywną niedomykalność zastawki trójdzielnej oraz pośrednie cechy nadciśnienia płucnego. W badaniach laboratoryjnych nieoznaczalne parametry krzepnięcia, podwyższone parametry wątrobowe oraz nerkowe (kreatynina 330 uml/l, GFR 19 ml/min/1,73m²). W czasie hospitalizacji ponownie nastąpiło nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie PEA – podjęto skuteczne czynności resuscytacyjne. Pacjent przeszedł zabieg założenia balonu do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, dzięki czemu nastąpił stopniowy wzrost ciśnienia tętniczego do wartości 110/70 mmHg. W związku z ciężkim stanem, chory został zakwalifikowany do pilnego przeszczepienia serca. Wobec zgłoszenia dawcy zgodnego grupowo wykonano transplantację serca, z dobrym wynikiem bezpośrednim. W kolejnych dobach stan pacjenta poprawiał się, co pozwoliło na redukcję amin katecholowych oraz zakończenie tlenoterapii biernej. Przy wypisie pacjent był w stanie ogólnym dobrym, z EF= 60%. Obecnie, 8 miesięcy po transplantacji, pacjent pozostaje pod stałą kontrolą lekarską.

Wnioski:

Twardzina układowa jest chorobą tkanki łącznej obejmującą wiele układów. Włóknienie mięśnia sercowego może prowadzić do ciężkiej niewydolności, w tym do wstrząsu kardiogennego. Transplantacja serca, choć bardzo rzadko wykonywana w przypadku tej choroby, daje dobre efekty terapeutyczne u pacjentów.

A rare complication after intra-gastric balloon placement

Michał Dziedzic, Wojciech Migal

Gdański Uniwersytet Medyczny

Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Dariusz Dziedzic

Introduction:

One of the recommended treatments for mild obesity is an endoscopic placement of an intra-gastric balloon (IGP). It is a minimally invasive procedure, involving a small subset of complications of which the most common are nausea, vomiting, diarrhea, and abdominal pain. However, sometimes a rare complication occurs, such as esophageal-pericardial fistula.

Case:

A 45-year-old patient with shortness of breath at rest and lumbar pain was admitted to the Department of Thoracic Surgery. He had been treated for obesity with the endoscopic placement of IGP a month before and suspected to develop an esophageal-pericardial fistula. After performing a Gastroscopy and CT imaging of the chest and abdomen, fistula was confirmed and the patient was qualified for surgery. On 15.06.2023 an endoscopic removal of IGP and esophageal-pericardial fistula was performed simultaneously with marginal gastrectomy and laparotomic suturing of the diaphragm. Transpleural drainage of the pericardium and drainage of the left pleura were set. After surgery, the patient suffered respiratory failure and remained under general anesthesia with analgosedation and parenteral nutrition. He was transferred to the ICU and later treated with catecholamines, levodopa, and dopamine for circulation failure, furosemide for hypertension, fresh frozen plasma for coagulation disorder, and empirical antibiotic therapy for infection. Due to kidney failure, a Continuous Veno-Venous HemoDiaFiltration (CVVHDF) was administered. On 11.07.2023 a tracheostomy was done and he was put on the respirator with BILEVEL and SPONT + PS settings until 25.07.2023. Fluids and concentrate of red blood cells were administered due to anemization. His clinical condition was stabilized and started improving. Sedation was lightened and he was put on enteral nutrition using a gastric probe and treated for hypertension and polyneuropathy with rehabilitation recommended. On 02.08.2023, tracheostomy and gastric probe were removed.

Conclusions:

IGP is a mostly safe treatment for obesity, however sometimes dangerous and hard-to-treat complications may occur, such as esophageal-pericardial fistula.

SESJA PRZYPADKÓW PEDIATRYCZNYCH

ZAGADKOWA MAŁOPŁYTKOWOŚĆ POOPERACYJNA- OPIS PRZYPADKU 17-LETNIEJ PACJENTKI Z NIETYPOWĄ PRZYCZYNĄ SKAZY KRWOTOCZNEJ PO NEFREKTOMII.....	26
OSTEOMYELITIS ORAZ ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY WTÓRNE DO OTWARTEGO ZŁAMANIA KOŚCI PROMIENIOWEJ U DZIECKA – OPIS PRZYPADKU	27
KONSEKWENCJE WPROWADZENIA CIAŁ OBCYCH DO NATURALNYCH OTWORÓW CIAŁA – OPISY PRZYPADKÓW NASTOLETNICH CHŁOPCÓW	28
JAK DŁUGO MOŻE TRWAĆ PROCES DIAGNOSTYCZNY - NA PRZYKŁADZIE OPISU PRZYPADKU NASTOLETNIEGO CHŁOPAKA Z CHOROBAJĄ POMPEGO	29
POZORNIE BŁAHY PROBLEM OBJAWEM POWAŻNEJ CHOROBY - RHABDOMYOSARCOMA EMBRYONALNE U MŁODEJ PACJENTKI Z NAWRACAJĄCYMI INFEKCIAMI UKŁADU MOCZOWEGO	30
GIGANTYCZNY FEKALIT - TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W CHIRURGII DZIECIĘCEJ.....	31
WALKA O UZYSKANIE STABILIZACJI HEMODYNAMICZNEJ U DZIECKA Z MECHANICZNYM WSPOMAGANIEM KRĄŻENIA	32
JUVENILE XANTHOGRANULOMA W NIETYPOWEJ LOKALIZACJI U PŁODU I NOWORODKA. WPŁYW INFEKCJI SARS-COV-2 NA PŁÓD – OPIS PRZYPADKU	33
ILE CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNYCH MOŻE MIEĆ JEDEN PACJENT? - TRUDNOŚCI W DIAGNOSTYCE U 17-LETNIEJ DZIEWCZYNNI.....	34
BALANSUJĄC NA GRANICY ZDROWIA I CHOROBY - KIEDY LECZENIE STAJE SIĘ DYLEMATEM?	35
JATROGENNA PERFORACJA MIĘŚNIA SERCOWEGO I SUKCES NIEKONWENCJONALNEGO ZAMKNIĘCIA	36
TAKA TWOJA URODA. NIETYPOWY PRZYPADK ENDOMETRIOZY U NASTOLATKI	37

Zagadkowa małopłytkowość pooperacyjna- opis przypadku 17-letniej pacjentki z niewyjaśnioną przyczyną skazy krwotocznej po nefrektomii

Monika Piekorz, Anna Tomaka, Justyna Pielużek

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Andrzej Grabowski

Wstęp:

Małopłytkowość stwierdza się, jeśli liczba płytek krwi we krwi obwodowej wynosi $<150\ 000/\mu\text{l}$. Może wystąpić u 20 do 30% hospitalizowanych pacjentów po zabiegach operacyjnych, w wyniku współistniejących procesów hemodylucji i zwiększonego zużycia płytek krwi związanego z procesem hemostazy chirurgicznej. Fizjologiczna małopłytkowość pooperacyjna jest zwykle łagodna i ustępuje 3-4 dni po zabiegu. Jeżeli jednak utrzymuje się powyżej 5 dni, należy rozważyć inne przyczyny, takie jak małopłytkowość immunologiczna.

Opis przypadku:

17-letnia pacjentka, wieloletnio leczona z powodu chorób nerek, została przyjęta na Oddział Intensywnej Terapii z objawami wstrząsu krwotocznego, po planowym zabiegu lewostronnej nefrektomii. Po zabiegu u pacjentki utrzymywały się zagrażająca życiu małopłytkowość i krwawienie, których przyczyny nie potrafiono ustalić. Podczas wielomiesięcznego pobytu pacjentka wymagała wielokrotnych przetoczeń KKCz, KKP oraz FFP. Pacjentka podkrwawiała m.in z nosogardła, okolic wkluc, dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. Krwawienie do płuc spowodowało niewydolność oddechową i konieczność intubacji. Pacjentka poddawana była dializoterapii, leczeniu farmakologicznemu oraz żywieniu pozajelitowemu. Przeprowadzono badania endoskopowe i operacje (dwie laparoskopie, torakoskopię, torakotomię) bezskutecznie usiłując znaleźć miejsce aktywnego krwawienia. W diagnostyce możliwych immunologicznych przyczyn małopłytkowości wykluczono nowotwory szpiku, niedobór czynnika XIII, HIT, uzyskano wynik ujemny przeciwciał ANA i ANCA. Potwierdzono dysfunkcję płytek krwi i zaburzenie formowania skrzepu. W wyniku wykonania diagnostycznej punkcji jamy opłucnowej doszło do gwałtownego pogorszenia stanu pacjentki. Wystąpiła ciężka bradykardia z desaturacją i obniżeniem ciśnienia tętniczego. Stwierdzono zgon pacjentki, po pięciu miesiącach od pierwszego zabiegu.

Wnioski:

Przedstawiony przypadek pokazuje, że mimo wykonania wszechstronnych badań oraz kompleksowego leczenia, u pacjentki nie udało się uzyskać regresji skazy krwotocznej po zabiegu. Konieczne jest rozwijanie diagnostyki przyczyn małopłytkowości i jej związku z interwencjami chirurgicznymi.

Osteomyelitis oraz zespół hemofagocyтары wtórne do otwartego złamania kości promieniowej u dziecka – opis przypadku

Wiktor Kępa, Jonasz Osiecki

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Hanna Kubik
dr n. med. Andrzej Grabowski**

Wstęp:

Złamania kości długich u dzieci najczęściej zlokalizowane są w obrębie kości przedramienia. W większości przypadków rozpoznawane są u chłopców w wieku 1-10 lat. Przerwanie ciągłości tkanek i zanieczyszczenie rany może prowadzić do ciężkich powikłań, m.in.: zakażenia, wadliwego zrostu, zaburzeń hematologicznych, uszkodzenia płytki wzrostowej, mięśni, naczyń i nerwów. W niniejszej pracy opisujemy dziecko leczone z powodu złamania otwartego i jego powikłań.

Opis przypadku:

9-letni chłopiec został przyjęty na Oddział Chirurgii Dziecięcej w Zabrze w trybie pilnym z powodu otwartego, pierwotnie zabrudzonego złamania trzonu kości promieniowej lewej w wyniku upadku na rowerze. W dniu przyjęcia wykonano zabieg nastawienia złamania z fiksacją odłamów kostnych drutem śródszpikowym. Następnego dnia dziecko w stanie ogólnym dobrym zostało wypisane do domu. Podczas kontroli ambulatoryjnej zaobserwowano rozęście brzegów rany oraz cechy stanu zapalnego. Włączono antybiotykoterapię doustną i zlecono posiewy, w których wykryto obecność *E. faecalis* oraz *S. marcescens*. Chłopiec wymagał kolejnych hospitalizacji, w trakcie których oczyszczano ranę, stosowano miejscową terapię podciśnieniową i antybiotykoterapię dożylną. Miesiąc po repozycji wykonano kontrolne badanie rentgenowskie, usunięto zespolenie kości przedramienia oraz zlecono rezonans magnetyczny. Stwierdzono zmiany zapalne w kości promieniowej oraz w sąsiadujących mięśniach i tkankach miękkich. 3 tygodnie później usunięto martwaka kości promieniowej, a ubytek wypełniono Stimulanem z gentamycyną i wankomycyną. Z powodu nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych chłopca przekazano na Oddział Hematoonkologii Dziecięcej. Na podstawie całości obrazu klinicznego oraz wyników badań: gorączka, splenomegalia, duopenia, hipertriglicerydemia i hiperferrytynemia rozpoznano wtórny do zakażenia zespół hemofagocyтары. Kontynuowano antybiotykoterapię, stosowano nawodnienie dożylnie i preparaty albumin. 11,5 tygodnia po repozycji zdjęto szynę gipsową. Po uzyskaniu poprawy stanu klinicznego i wyników badań dziecko zostało wypisane do domu.

Wnioski:

U opisywanego chłopca rozpoznano poważne powikłania złamania otwartego kości: osteomyelitis, martwaka kostnego i wtórny zespół hemofagocyтары. Niezwykle istotne w takich przypadkach są: wielospecjalistyczna opieka, zabiegi chirurgiczne i właściwa kontrola pooperacyjna, miejscowa terapia podciśnieniowa, odpowiednia antybiotykoterapia i leczenie uzupełniające.

Konsekwencje wprowadzenia ciał obcych do naturalnych otworów ciała – opisy przypadków nastoletnich chłopców

Maria Pałucka, Antonina Mencil, Zuzanna Michalak

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Hanna Kubik
dr n. med. Andrzej Grabowski**

Wstęp:

Wprowadzanie różnego rodzaju przedmiotów do naturalnych otworów ciała stanowi coraz częściej występujący problem u dorosłych oraz u dzieci. Pacjenci zgłaszają się do szpitala, gdy samodzielnie nie mogą ich wydobyć lub gdy wystąpią powikłania wymagające interwencji medycznej. W niniejszej pracy opisano 2 nastoletnich chłopców przyjętych w trybie pilnym na Oddział Chirurgii Dziecięcej w Zabrze z powodu obecności ciał obcych w narządach miednicy.

Opisy przypadków:

16-letni chłopiec przyjęty z powodu obecności ciała obcego w końcowym odcinku jelita grubego niedostępnym w badaniu per rectum. Według relacji pacjenta był to gumowy przedmiot zawierający baterie. Wykonano RTG jamy brzusznej, na którego podstawie opisano silnie cieniującą strukturę o długości 18,5 cm. Przeprowadzono rektoskopię w znieczuleniu całkowitym dożylnym. Ciało obce – wibrator usunięto w całości z wykorzystaniem kleszczyków. Przebieg śród- i pooperacyjny niepowikłany. Po czterogodzinnej obserwacji chłopiec został wypisany do domu. 15-letni chłopiec przyjęty z powodu licznych ciał obcych w obrębie układu moczowo płciowego. Według relacji pacjenta miesiąc wcześniej umieścił 21 magnetycznych kulek w cewce moczowej, po czym samodzielnie wydobył 2 kulki. Wykonano RTG jamy brzusznej, w którym wykazano obecność licznych owalnych struktur połączonych w konglomerat. Pacjent został zakwalifikowany do cystoskopii, która pozwoliła na usunięcie 1 kulki. Podjęto decyzję o wykonaniu cystostomii, lecz z powodu silnego krwawienia konieczna była konwersja do cystotomii. Operacja zakończyła się sukcesem, usunięto 18 kulek. Wyłoniono cystostomię podłączoną do worka moczowego. Dwa dni po zabiegu chłopca wypisano do domu z założonym drenem cystostomijnym z zaleceniami kontroli ambulatoryjnej.

Wnioski:

Omówieni w pracy pacjenci samodzielnie wprowadzili do wnętrza organizmu ciała obce najprawdopodobniej w celach seksualnych. U chłopca, który umieścił w cewce moczowej kulki magnetyczne, czas hospitalizacji był dłuższy, a operacje bardziej skomplikowane. Zachowania nastolatków mogą przypominać zachowania osób dorosłych. Intymny charakter zaistniałych sytuacji przekłada się na odwołanie zgłoszenia po pomoc medyczną. Potencjalne konsekwencje obecności ciał obcych w organizmie zależą od rodzaju przedmiotu i od jego umiejscowienia.

Jak długo może trwać proces diagnostyczny - na przykładzie opisu przypadku nastoletniego chłopaka z chorobą Pompego

Natalia Libudzik, Julia Łaciak, Weronika Roesler

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med. Justyna
Paprocka**

Wstęp:

Ostre zespoły wieńcowe bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI-ACS) obejmują dwie postacie kliniczne: niestabilną chorobę wieńcową oraz zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI). Najczęstszą przyczyną NSTEMI jest miażdżycza tętnic wieńcowych, dlatego u większości pacjentów wskazana jest diagnostyka inwazyjna oraz rewaskularyzacja. Największe wyzwanie stanowią pacjenci obciążeni chorobami współistniejącymi oraz z zaawansowaną, wielopoziomową miażdżycą tętnic obwodowych. Przeprowadzenie zabiegu u takich pacjentów wiąże się z wysokim ryzykiem powikłań.

Wstęp:

Choroba Pompego, jest rzadką, dziedziczną chorobą metaboliczną, charakteryzującą się brakiem enzymu kwasu α -glukozaminowego w organizmie, którego brak prowadzi do gromadzenia się glikogenu w tkankach i narządach, szczególnie w mięśniach, co powoduje postępujące osłabienie mięśni i zaburzenia funkcji oddechowych. Obecnie dostępna jest enzymatyczna terapia zastępcza, której zastosowanie łagodzi objawy i poprawia jakość życia osób z chorobą Pompego.

Opis przypadku:

Opisywany pacjent urodził się SN w 42 Hbd, otrzymując 10 pkt w skali Apgar oraz ważąc 3550g. Wywiad rodzinny nieobciążony. Rozwój psychoruchowy był prawidłowy. W 6 rż stwierdzono bezobjawowe podwyższenie kinazy kreatynowej oraz prób wątrobowych. Wykonano badanie MLPA w kierunku dystrofii Duchenne'a i Beckera, które wyszły ujemne. W 16 rż pacjent zgłaszał sporadyczne bóle pleców. Po konsultacji z fizjoterapeutą ponownie oznaczono CK, ALT i AST, które były znacznie podwyższone (2-krotny wzrost od poprzedniego pomiaru). Postanowiono wykonać badania genetyczne w kierunku choroby Pompego. Wykryto dwie mutacje, potwierdzające tę diagnozę. Obecnie pacjent został poddany leczeniu i jest pod opieką naszego zespołu.

Wnioski:

Niniejszy przypadek jest przykładem, jak ważna w procesie diagnostycznym jest pamięć o chorobach rzadkich. Pomimo typowego przebiegu choroby proces diagnostyczny trwał 11 lat, co znacząco opóźniło wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Pozornie błahy problem objawem poważnej choroby - rhabdomyosarcoma embryonale u młodej pacjentki z nawracającymi infekcjami układu moczowego

Magdalena Mida, Magdalena Michalik, Katarzyna Górny

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Andrzej Grabowski**

Wstęp:

Mięsaki tkanek miękkich stanowią 6% nowotworów wieku dziecięcego, najczęściej jest to mięsak prążkowanokomórkowy. Charakteryzują się miejscową inwazyjnością i tendencją do nawrotów. Notowane są dwa szczyty zachorowań: 2-5 rok życia oraz 15-19 rok życia. Podstawowy objaw tego nowotworu to guz, pozostałe symptomy zależą od lokalizacji. Celem naszej pracy jest opis dziewczynki z rhabdomyosarcoma embryonale i powikłaniami tego nowotworu oraz podjęte metody leczenia.

Opis przypadku:

2,5 letnia pacjentka z półrocznym wywiadem nawracających infekcji układu moczowego, z towarzyszącymi objawami dyzurycznymi, kilkakrotnie poddawana antybiotykoterapii, trafiła na oddział celem pogłębienia diagnostyki. W USG jamy brzusznej stwierdzono obecność litego guza zlokalizowanego zapęcherzowo o wymiarach 3,2cm x 3,6cm z prawdopodobną obliteracją światła cewki moczowej. W kolejnym kroku dziecku założono cystostomię. W związku z lokalizacją i skrajnie trudnym dostępem stwierdzono brak możliwości pełnej resekcji guza, dlatego poprzestano na biopsji. Na podstawie badań histopatologicznych ustalono rozpoznanie rhabdomyosarcoma embryonale w III stopniu zaawansowania klinicznego, postać częściowo lita, bez translokacji FOXO1. Dziewczynka została zakwalifikowana do chemioterapii zgodnie z protokołem CSW 2006 (SoTiSar) i radioterapii. W MR głowy wykluczono zajęcie OUN, natomiast w TK klatki piersiowej nie stwierdzono zmian patologicznych. Działaniami ubocznymi przeprowadzanych 9 cykli chemioterapii była przemijająca mielotoksyczność, nudności i wymioty, aplazja szpiku i podwyższone parametry wątrobowe. Przed planowaną radioterapią wykonano znakowanie jajników klipsami tytanowymi. W kontrolnym MR po 3 cyklach chemioterapii została stwierdzona całkowita regresja, jednocześnie w cystoskopii i waginoskopii zaobserwowano przetokę pęcherzowo-pochwową. Pomimo czterokrotnych prób zamknięcia przetoki nadal stwierdzano obecność moczu w pochwie, dlatego konieczne było wyłonienie urostomii sposobem Bickera.

Wnioski:

Przedstawiony przypadek pokazuje, że nawet pozornie błahy dolegliwości, takie jak infekcje układu moczowego, mogą być pierwszym objawem poważnych chorób. Dlatego tak istotne jest dokładne zebranie wywiadu i kompleksowa diagnostyka różnicowa. Wczesne wykrycie chorób rozrostowych pozwala poprzez odpowiednie leczenie na uzyskanie stanu remisji, jednak trzeba pamiętać o możliwości nawrotów i licznych powikłań spowodowanych zarówno zastosowanym leczeniem jak i samym guzem.

Gigantyczny fekalit - trudności diagnostyczne w chirurgii dziecięcej

Maria Żak, Ola Wybraniec, Wiktoria Wójcik

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Andrzej Grabowski

Wstęp:

Zaburzenia oddawania stolca występują u ok. 10-15% populacji dzieci i młodzieży. Dominują zaparcia stolca o charakterze idiopatycznym czynnościowym, a u mniej niż 5% są one wynikiem chorób organicznych, takich jak choroba Hirschsprunga. Ta wada wrodzona polega na braku zwojów nerwowych śródściennych w końcowym odcinku jelita grubego. Nieprawidłowości w unerwieniu jelita grubego są przyczyną poważnych zaburzeń w mechanizmie powstawania fali perystaltycznej, co powoduje niedrożność i przewlekłe zaparcia.

Opis przypadku:

W pracy zostanie omówiony przypadek pacjentki, u której w 2022 r. rozpoznano chorobę Hirschsprunga. W 2018 r. pacjentka zgłosiła się do szpitala celem diagnostyki nietrzymania stolca. Początkowo przy użyciu manometrii anorektalnej wykluczono chorobę Hirschsprunga. W obrazie USG uwidoczniono poszerzoną bańkę odbytnicy, zdiagnozowano przewlekłe zaparcie nawykowe. W związku z ciągłym utrzymywaniem się objawów w 2022 r. zakwalifikowano pacjentkę do poszerzonej diagnostyki, w tym operacyjnej. W badaniach obrazowych uwidoczniono olbrzymi kamień kałowy 10cmx10cm, który wydobyto podczas otwartej biopsji odbytnicy. Równocześnie pobrano wycinek śluzówkowo-podśluzówkowy z tylnej ściany jelita. W badaniu histopatologicznym rozpoznano chorobę Hirschsprunga. Po dwóch tygodniach od operacji nastąpiło ponowne pogorszenie stanu pacjentki, co skutkowało decyzją o hospitalizacji oraz przeprowadzeniu resekcji odcinkowej j. grubego oraz wyłonieniu stomii. W ciągu roku wykonano dwie kontrolne biopsje odbytnicy i stomii, w których znaleziono komórki zwojowe. Kalretynina była dodatnia. Nastąpiła znacząca poprawa stanu klinicznego oraz wskaźnika BMI pacjentki z 12,63 (<3pc) do 18,82 (<50pc).

Wnioski:

Zaparcie u dzieci sprawia zaskakująco dużo problemów związanych z diagnostyką oraz skutecznym leczeniem. W omawianym przypadku pierwsze niepokojące objawy wystąpiły w wieku 9 lat. W 13. roku życia zdiagnozowano chorobę Hirschsprunga. Pacjentka miała niskie wartości BMI w odniesieniu do siatek centylowych, stąd wniosek, że przewlekłe zaparcia, niezależnie od etiologii spowalniają prawidłowy wzrost i rozwój. Wyniki kontrolnych biopsji wykluczyły jednak chorobę Hirschsprunga, co czyni przypadek nietypowym i nieszablonowym.

Walka o uzyskanie stabilizacji hemodynamicznej u dziecka z mechanicznym wspomaganie krążenia

Witold Kimla, Martyna Żurek

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Szymon Pawlak
dr n. med. Joanna Śliwka**

Wstęp:

Mechaniczne wspomaganie krążenia u dzieci jest stosowane jako tymczasowa terapia dla chorych z ostrą lub schyłkową niewydolnością serca jako leczenie pomostowe do wyleczenia lub przeszczepu serca. Do długoterminowego wspomagania krążenia u dzieci stosuje się urządzenie typu Berlin Heart. Maksymalny stopień wspomagania krążenia zapewnia stabilność hemodynamiczną, lecz wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań. Jednym z nich jest rozwój niedomykalności aortalnej, która powoduje postanie pętli zwrotnego przepływu, prowadząc do zmniejszenia pojemności minutowej pomimo zwiększonych parametrów pracy pompy.

Opis przypadku:

4 letni chłopiec był wspomagany systemem BerlinHeart EXCOR przez 6 miesięcy. Po tym okresie zaobserwowano objawy zmniejszonego rzutu z podwyższonym poziomem mleczanów i kwasicy. Z pomocą echokardiografii rozpoznano ciężką, centralną niedomykalność aortalną. Pacjent nie kwalifikował się do operacji, dlatego zdecydowano się na implantację okludera Amplatzera przez kaniulę, aby całkowicie zamknąć zastawkę aortalną. Przed implantacją zbudowano system kaniul, filtrów pęcherzów gazu i odgałęzień bocznych podłączonych do komory BerlinHeart EXCOR 15ml i IKUS w celu przeprowadzenia wodnej symulacji zabiegu, który wykonano tego samego dnia. Chłopca zaintubowano i przewieziono do pracowni hemodynamiki. Pod kontrolą echokardiograficzną przez kaniulę podłączoną do lewej komory wszczepiono okluder bez zatrzymywania wspomagania krążenia. Właściwą pozycję potwierdzono przezprzelykowym badaniem echokardiograficznym i po podaniu kontrastu do aorty. Następnego dnia dziecko zostało ekstubowane. W ciągu kilku dni udało się powrócić do początkowych ustawień pompy, uzyskując stabilizację hemodynamiczną i normalizację parametrów równowagi kwasowo-zasadowej.

Wnioski:

Właściwy stopień mechanicznego wspomagania krążenia nie został jeszcze określony. Stabilizację hemodynamiczną zapewnia maksymalny stopień wspomagania, co jednak w dłuższej perspektywie prowadzić może do rozwoju powikłań przyczyniających się do dekompensacji stanu pacjenta. Przypadek ten prezentuje bezpieczną metodę implantacji okludera w miejsce zastawki aortalnej, niepowikłaną zatorowością powietrzną, ani ciężkim krwawieniem, bez zatrzymywania mechanicznego wspomagania krążenia.

Juvenile Xanthogranuloma w nietypowej lokalizacji u płodu i noworodka. Wpływ infekcji SARS-CoV-2 na płód – opis przypadku

Oliwia Kałwak, Oriana Dziechciarz, Martyna Berej

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekun pracy:
dr n. med. Beata Borek-Dzięcioł

Wstęp:

Juvenile Xanthogranuloma (JXG) to rzadkie, łagodne zmiany wywodzące się z grupy histocytoz z komórek innych niż Langerhansa. Patogeneza JXG nie została jednoznacznie wyjaśniona. Podejrzewa się związek między JXG a infekcją wirusową. Najczęściej objawiają się jako żółto-brązowe guzki lub grudki, występujące głównie na twarzy, szyi i tułowi. Zajęcie innych układów jest rzadkie i obejmuje najczęściej trzewia, oczy, płuca i ośrodkowy układ nerwowy. Zmiany skórne zwykle nie wymagają leczenia i ustępują samoistnie. Ogólnoustrojowy JXG wiąże się z licznymi powikłaniami i wymaga intensywnego leczenia.

Opis przypadku:

Autorzy przedstawiają przypadek chłopca urodzonego w 36 hbd drogą cięcia cesarskiego z powodu cech zamartwicy wewnątrzmacicznej. W trakcie ciąży matka przeszła COVID-19, po którym pojawił się obrzęk płodu. Wcześniejszy przebieg ciąży był prawidłowy. Po porodzie w badaniu fizykalnym stwierdzono znacznie poszerzony obwód brzucha, wodniaki jąder oraz problemy oddechowe. W badaniu USG jamy brzusznej zobrazowano dużą ilość płynu w jamie otrzewnowej, nieprawidłową masę w obrębie ogona trzustki oraz liczne guzki w przestrzeni zaotrzewnowej. Badania histopatologiczne zmian wykazały obecność nacieku z komórek histocytyarnych o fenotypie zbliżonym do Juvenile Xanthogranuloma. Chłopiec został skierowany do ośrodka referencyjnego, gdzie otrzymał chemioterapię. Ostatni skan PET wykonany w wieku 2 lat nie wykazał żadnych zmian patologicznych.

Wnioski:

Wpływ infekcji SARS-CoV-2 u ciężarnej kobiety na rozwijający się płód pozostaje niejasny. Przedstawiony przypadek potwierdza możliwość korelacji zakażenia SARS-CoV-2 i Juvenile Xanthogranuloma. Konieczne są dalsze analizy opisów przypadków noworodków narażonych na tę infekcję w okresie życia płodowego.

Ile chorób autoimmunologicznych może mieć jeden pacjent? - trudności w diagnostyce u 17-letniej dziewczynki

Klaudia Szala, Aleksandra Kątnik, Weronika Roesler

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Sabina Więcek**

Wstęp:

Choroby autoimmunologiczne to grupa schorzeń o zróżnicowanym obrazie klinicznym, które charakteryzują się nieprawidłowym funkcjonowaniem układu immunologicznego. Są one coraz częstszym problemem dzisiejszych czasów. Objawy są bardzo różnorodne, co nierzadko stanowi dużą trudność diagnostyczną.

Opis przypadku:

W pracy przedstawiono opis przypadku dziewczynki ze współistniejącymi chorobami autoimmunologicznymi. Niespełna 14 letnia dziewczynka z rozpoznaną celiakią i niedokrwistością z niedoboru żelaza została przekazana w 2020 r. ze szpitala rejonowego celem kontynuacji diagnostyki i leczenia zapalenia wątroby. W wywiadzie pacjentka zgłaszała dolegliwości bólowe brzucha, biegunki naprzemienne z zaparciami z domieszką świeżej krwi oraz spadek masy ciała. U dziewczynki wykluczono alergię pokarmową IgE zależną na wybrane alergeny, chorobę Wilsona, niedobór alfa1-antytrypsyny, chorobę IgG4-zależną, zakażenie wirusami WZW A, B, C, EBV oraz CMV. Badanie histopatologiczne wątroby potwierdziło rozpoznanie autoimmunizacyjnego zapalenia wątroby, a badaniu cholangio MRI wysunięto podejrzenie pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych. Ze względu na obraz kliniczny – biegunki z krwią oraz wysokie stężenie kalprotektyny w kale wykonano badania endoskopowe. Podczas gastroskopii wykonano dodatkowo zabieg opaskowania żyłaków przełyku. W badaniu kolonoskopowym oraz histopatologicznym rozpoznano wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Dodatkowo badania laboratoryjne wykazały chorobę Hashimoto w stadium eutyreozy. Do leczenia włączono prednizon i azatioprynę oraz utrzymano dietę bezglutenową. Pacjentka pozostaje pod systematyczną opieką wielospecjalistyczną.

Wnioski:

Przedstawiony przypadek jest przykładem wyzwania, z którym pediatrzy będą mieli coraz częściej do czynienia - współwystępowanie wielu chorób autoimmunologicznych. Pokazuje on, że w procesie diagnostycznym bardzo ważne jest, aby zwracać uwagę na możliwość wzajemnego maskowania objawów.

Balansując na granicy zdrowia i choroby- kiedy leczenie staje się dylematem?

Martyna Biadasiewicz, Monika Kalicka

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Sabina Więcek**

Wstęp:

Analiza korzyści i zagrożeń w kontekście leczenia stanowi nieodłączny element praktyki lekarskiej. Rozwiązanie tego dylematu wymaga uwzględnienia zarówno efektywności terapii, jak i potencjalnych skutków niepożądanych, przy zachowaniu priorytetu dobrostanu pacjenta.

Opis przypadków:

Praca przedstawia trzy odmienne, a jednak wspólne pod względem niepożądanych następstw opisy przypadków pacjentów pediatrycznych hospitalizowanych w Klinice Pediatrii w Katowicach, u których zastosowane leczenie wywołało zagrażające życiu działania niepożądane. 5-letni pacjent z rozpoznaniem gruźlicy węzłowej został przyjęty do Kliniki Pediatrii w związku z objawami niewydolności wątroby w trakcie terapii izoniazydem, rifampicyną i pirazynamidem. U dziecka obserwowano zażółcenie skóry i twardówek, wymioty i biegunkę, w badaniu fizykalnym stwierdzono powiększenie wątroby. Badania laboratoryjne wykazywały podwyższone parametry uszkodzenia komórek wątrobowych, cholestazy oraz niewydolności wątroby. 13-letni pacjent z rozpoznaniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego został przyjęty do Kliniki Pediatrii z podejrzeniem ostrego zapalenia trzustki będącego powikłaniem leczenia azatiopryną. W wywiadzie zgłaszał spadek masy ciała oraz liczne stolce z krwią. Badania laboratoryjne i obrazowe potwierdziły ostre zapalenie trzustki. Chłopca w trybie pilnym zakwalifikowano do leczenia biologicznego. Po II dawce leczenia biologicznego pojawiły się silne bóle głowy - badanie TK potwierdziło rozległe ropne zapalenie zatok. W związku z powyższym przerwano terapię infliximabem. 16-letnia pacjentka z rozpoznaniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, dotychczas leczona azatiopryną, zgłosiła się na SOR z powodu utrzymującej się od kilku dni gorączki, bólów brzucha o charakterze kolkowym oraz stolców z krwią. Na podstawie wyników badań laboratoryjnych i obrazowych rozpoznano ostre zapalenie trzustki. Zmodyfikowano leczenie obserwując stopniową poprawę stanu ogólnego.

Wnioski:

Ryzyko działań niepożądanych wpisane jest nieodłącznie w proces terapeutyczny - ważne jest, aby dążyć do minimalizowania ryzyka powikłań z zachowaniem jednoczesnych jak największych korzyści.

Jatrogenna perforacja mięśnia sercowego i sukces niekonwencjonalnego zamknięcia

Katarzyna Hajduk, Michał Kapałka, Michał Krawiec

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
dr n. med. Michał Gałeczka
dr hab. n. med. Roland Fiszer**

Wstęp:

Perforacja serca jest rzadkim i zagrażającym powikłaniem biopsji mięśnia sercowego (EMB). Do perforacji dochodzi w trakcie 0,3–0,5% EMB. Większość perforacji serca po EMB wymaga leczenia kardiologicznego.

Opis przypadku:

W niniejszej pracy opisano przypadek pacjentki, u której w 7. roku życia rozpoznano kardiomiopatię przerostową (HCM). W wieku 10 lat odnotowano pojawienie się cech niewydolności serca oraz kilkukrotne utraty przytomności podczas niewielkiego wysiłku fizycznego. W badaniach echokardiograficznych (UKG) obserwowano narastanie przerostu mięśnia sercowego. W badaniu rezonansu magnetycznego potwierdzono HCM i stwierdzono cechy włóknienia mięśnia komory lewej. Pacjentce implantowano kardiowerter-defibrylator (ICD) w prewencji pierwotnej nagłego zgonu sercowego. Z uwagi na dalsze narastanie cech niewydolności krążenia pacjentkę zakwalifikowano do transplantacji serca (OHT). Po 5 dniowym oczekiwaniu pacjentkę wezwano do OHT. Przebieg operacji i pozabiegowy były niepowikłane. W licznych badaniach kontrolnych stwierdzano prawidłową funkcję przeszczepionego serca, bez cech odrzucania komórkowego w kontrolnych EMB. W wieku 15 lat w trakcie rutynowej hospitalizacji wykonano EMB. Po zabiegu obserwowano pojawienie się niewielkiej ilości płynu w okolicy przykoniuszkowej worka osierdziowego. W następnych dobach obserwowano wytworzenie się zbiornika płynowego zlokalizowanego przed komorą prawą i w okolicy koniuszka, ilość płynu powoli narastała, powiększając zbiornik do wymiaru 4 x 3 cm. Pacjentkę zakwalifikowano do próby przeznaczyniowego zamknięcia perforacji. Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym z intubacją, z dostępu przez żyłę udową. W wentrykulografii potwierdzono krętą przetokę z koniuszka komory prawej do zachyłka osierdzia. Po licznych próbach komunikację zasondowano, przetokę zamknięto korkiem do zamykania przetrwałego przewodu tętniczego (Amplatzer Duct Occluder II), uzyskując szczelne zamknięcie komunikacji. Zabieg przebiegł bez powikłań. W kontrolnych badaniach UKG potwierdzono dobry efekt zabiegu i wycofanie się płynu. W trakcie 3-letniej obserwacji wykonano 4 kontrolne EMB – bez powikłań.

Wnioski:

Perforacja serca w trakcie EMB jest powikłaniem rzadkim, które, w wybranych przypadkach, może zostać zaopatrzone przeznaczyniowo.

Taka Twoja uroda. Nietypowy przypadek endometriozy u nastolatki

Robert Peterek, Aleksandra Matonóg, Aleksandra Leziak

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Karolina Kowalczyk**

Wstęp:

Endometrioza to przewlekła choroba narządu rodnych kobiet, której istotą jest występowanie ognisk tkanki endometrium: gruczołów endometrialnych i zrębu, poza jamą macicy. Choroba związana jest ze stanem zapalnym. Ból miednicy, w tym bolesne miesiączkowanie, bolesność niezwiązana z menstruacją, dyspareunia, a także obniżona płodność to tylko niektóre spośród objawów. Wśród nastolatek endometrioza stanowi główną przyczynę wtórnego bolesnego miesiączkowania, a w badaniu laparoskopowym wykonywanym ze względu na zespół bólowy miednicy mniejszej okazuje się jego najczęstszą przyczyną. Manifestacja u dziewcząt może różnić się od dorosłych, gdyż często obserwowany wtedy jest też dyskomfort odczuwany w jamie brzusznej, ból okolicy dolnego odcinka kręgosłupa, obfite krwawienia miesiączkowe, dyschezja, dysuria i zawroty głowy oraz zaburzenia nastroju. Występuje u 10-15% kobiet w wieku reprodukcyjnym jak i dojrzewających dziewcząt

Opis przypadku:

15 letnia pacjentka cierpiąca na przewlekły, powtarzający się ból podbrzusza bez poprawy po NLPZ oraz dyskomfort w pewnym stopniu utrudniający jej funkcjonowanie w zakresie codziennych czynności podczas menstruacji została skierowana do Oddziału Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach Katedry i Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej SUM. Obecność niejednoznacznej torbieli w ultrasonografii oraz wysokie wartości markera CA-125 (700 U/mL, N: <35) mogły wskazywać na nowotwór ginekologiczny. Wykonano laparoskopię diagnostyczną, w której uwolniono zrosty jajnikowo-jajowodowe przydatków, wraz z więzadłem szerokim oraz zrosty pomiędzy jajowodami a otrzewną ścienną miednicy i siecią w obrębie miednicy mniejszej, ASRM II, ENZIAN P1 O0/0 T2/2 A0 B1/1 C0 FI Nietypowe obrazy endometriozy m.in. to "krople rosy" Pobrano wycinki endometriozy błoniastej i płyn z zatoki Douglasa, których wynik histopatologiczny wykluczył nowotwór. Przebieg około- i pooperacyjny niepowikłany.

Wnioski:

Od momentu pojawienia się pierwszych objawów do postawienia prawidłowej diagnozy najczęściej mija od 8 do 12 lat, dlatego zaleca się szczególną uwagę w procesie diagnostycznym z powodu ryzyka obniżenia jakości życia. Pomimo braku rekomendacji używania markera CA-125, był on szeroko dyskutowanym markerem wczesnego wykrycia endometriozy.

SESJA PRZYPADKÓW NIEZABIEGOWYCH II

NIV SZANSĄ NA BEZPIECZNE FOB U NIEWYDOLNYCH ODDECHOWO PACJENTÓW	39
PACJENT Z ASTMĄ, LIMFADENOPATIĄ ORAZ ZMIANĄ GUZOWATĄ PŁUCA PRAWEGO	40
CO ZROBIĆ DALEJ? - STUDIUM PRZYPADKU PACJENTKI Z ZESPOŁEM LQT7	41
GLISTNICA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO JAKO POTENCJALNA PRZYCZYNA OSTREGO ZAPALENIA TRZUSTKI	42
TISSUE FACTOR AND THROMBOMODULIN PHENOTYPE EXPRESSION IN PATIENTS WITH DILATED CARDIOMYOPATHY.....	43
TRUDNOŚCI W DIAGNOSTYCE I LECZENIU RAKA GRUCZOŁOWEGO PŁUC	44
CZEGO ORTOPEDA NIE WIDZI, TEGO INTERNIŚCIE NIE ŻAL - CZYLI KIEDY POPROSIĆ O POMOC NEUROLOGA?	45
HIPERLEUKOCYTOZA - JAK UNIKNĄĆ JEJ POWAŻNYCH SKUTKÓW	46
EOZYNOFILOWE ZAPALENIE AORTY JAKO BARDZO RZADKIE POWIKŁANIE LECZENIA KLOZAPINĄ - PRZYPADEK PACJENTKI ZE SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ	47
THE DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE OF CERVICAL CANCER WITH AN ATYPICAL BRCA1 GENE MUTATION - A CASE REPORT	48

NIV szansą na bezpieczne FOB u niewydolnych oddechowo pacjentów

Zofia Graca, Aleksandra Skowronek, Jakub Kołodziej

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Aleksandra Oraczewska**

Wstęp:

NIV (ang. non-invasive ventilation) stosuje się głównie u pacjentów z niewydolnością oddechową oraz niewydolnych krążeniowo. Ma na celu zapewnienie wsparcia oddechowego bez konieczności intubacji. Regularne monitorowanie parametrów życiowych podczas stosowania NIV pozwala na ocenę skuteczności terapii. FOB (ang. fiberoptic bronchoscopy) to procedura diagnostyczna lub terapeutyczna wykonywana w celu oceny stanu dróg oddechowych. Do najczęstszych przyczyn zapalenia płuc wśród pacjentów neurologicznych zaliczamy mikroaspirację wydzieliny z jamy ustnej oraz zachłyśnięcie treścią pokarmową.

Opis przypadku:

72-letni pacjent przyjęty na Oddział Neurologii z powodu zaburzeń mowy oraz lewostronnym osłabieniem mięśni. Ponadto cierpiący na chorobę Parkinsona, nadciśnienie, migotanie przedsionków oraz niewydolność serca klasy II wg. NYHA. W badaniu tomografii komputerowej (TK) stwierdzono udar niedokrwieny prawej półkuli mózgu. Z początku pacjent nie wymagał tlenoterapii, natomiast 4 dnia hospitalizacji jego stan ogólny uległ pogorszeniu. Z powodu podejrzenia zachłystowego zapalenia płuc zlecono FOB. Badania laboratoryjne krwi uwiaryściły wzrost parametrów zapalnych [CRP 227 (0-5 mg/L), WBC 15,29 (4-10,5 10⁹/uL)]. Wskaźnik oksygenacji wyniósł 153 (PaO₂/FiO₂=153). Zdecydowano zastosować HFNC (ang. High-Flow Nasal Cannula). Metoda okazała się ryzykowna, ze względu na niski wskaźnik ROX (SpO₂/FiO₂/częstotliwość oddychania=3,40), sugerujący wysokie ryzyko niepowodzenia HFNC. Podjęto decyzję o zmianie wsparcia oddechowego na NIV podczas przeprowadzania FOB. Z uwagi na porażenie nagłośni (drożność dróg oddechowych utrzymana jedynie przy mechanicznie wyluksowanej żuchwie), które uwiaryściło badanie FOB, dalsze postępowanie obejmowało wykonanie pilnej tracheostomii, podanie antybiotyków o szerokim spektrum działania oraz mechaniczną wentylację.

Wnioski:

Przeprowadzenie FOB przy wsparciu NIV może okazać się pomocną i bezpieczną procedurą u pacjentów z ostrym udarem mózgu dzięki możliwości złagodzenia objawów ostrej niewydolności oddechowej podczas przeprowadzenia badania. FOB z wykorzystaniem NIV może usprawnić proces celowanego leczenia pacjentów niewydolnych oddechowo. Brak możliwości utrzymania drożności górnych dróg oddechowych jest bezwzględny przeciwwskazaniem do kontynuowania NIV.

Pacjent z astmą, limfadenopatią oraz zmianą guzową płuca prawego

Julia Kaczmarczyk

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
dr hab. n. med. Szymon Skoczyński,
prof. SUM
dr n. med. Magdalena Latos**

Wstęp:

Proces diagnostyczny guza płuca zależy od wielu czynników, m.in. od lokalizacji guza oraz współistniejącej limfadenopatii. Kluczowym etapem jest uzyskanie odpowiedniego materiału do badań histopatologicznych za pomocą biopsji. W przypadku guzów istotnie oddalonych od ściany klatki piersiowej lub/ i wnęki płucnej metodą z wyboru jest biopsja aspiracyjna cienkoigłowa pod kontrolą tomografii klatki piersiowej (CT). W grupie pacjentów z współistniejącą limfadenopatią śródpiersia pomocnym badaniem jest wykonanie przezoskrzelowej biopsji aspiracyjnej (TBNA) pod kontrolą wewnątrzoskrzelowej ultrasonografii (EBUS). Dodatkowych informacji w procesie diagnostycznym dostarcza także obrazowanie zmian metodą pozytronowej tomografii emisyjnej (PET).

Opis przypadku:

66-letni pacjent z wywiadem astmy po zakończonym leczeniu chłoniaka nerki zgłosił się do diagnostyki zmiany guzowej płuca prawego i limfadenopatii śródpiersia. Z uwagi na współtowarzyszącą istotną niewydolność nerki (stan po nefrektomii) badania tomograficzne wykonano bez kontrastu. Opisano limfadenopatię śródpiersia oraz progresję zmiany nodularnej w segmencie 2 płuca prawego w porównaniu do poprzedniego badania. Wykonano EBUS-TBNA powiększonych węzłów chłonnych. W pobranym materiale uwidoczniło się złoży pyłu, bez komórek nowotworowych. Pacjenta skierowano na pilny PET-CT, w którym opisano bardziej intensywny wychwyty na poziomie zmian litych, jak również w dość symetrycznych węzłach chłonnych we wnękach obu płuc i śródpiersiu. Dodatkowo opisano dalszą progresję powyższej zmiany. Pacjenta następnie skierowano do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej pod kontrolą CT. W pobranym materiale opisano fragmenty tkanek ściany klatki piersiowej, strzępki zwłókniałego mięszu płuca. Również nie opisano komórek nowotworowych. Z uwagi na całokształt kliniczny oraz wyniki dotychczasowych badań zalecono kontynuację diagnostyki inwazyjnej, w tym rozważenie mediastinoskopii w ramach Poradni Torakochirurgicznej.

Wnioski:

Powyższy przypadek pokazuje trudności diagnostyczne związane z uzyskaniem reprezentatywnego materiału mimo technicznie poprawnie wykonanych badań inwazyjnych. W przypadku guza płuca z limfadenopatią śródpiersia w diagnostyce różnicowej musimy przede wszystkim brać pod uwagę chorobę nowotworową płuca, dlatego też doprowadzenie do uzyskania rozpoznania jest kluczowe.

Co zrobić dalej? - studium przypadku pacjentki z zespołem LQT7

Jacek Wysoczański, Oskar Woźniak

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy: prof. dr. hab. n. med.
Katarzyna Mizia-Stec

Wstęp:

Wydłużony odstęp QT (>440 ms) może mieć przyczyny zarówno wrodzone jak i nabyte. Do nabytych przyczyn wydłużonego odstępu QT należą głównie przyjmowane leki. Do wrodzonych przyczyn należą natomiast mutacje w genach kodujących kanały jonowe. Mutacje takie charakteryzują tzw. zespoły długiego QT (LQTS- long QT interval syndrome). Jednym z typów LQTS jest zespół Andersena-Tawila (LQT7). Zespół ten poza wydłużonym odstępem QT, charakteryzuje się także okresowo występującymi zaburzeniami czynności mięśni szkieletowych pod postacią tzw. porażenia okresowego oraz licznymi wadami dysmorficznymi takimi jak syndaktylia, niski wzrost czy hiperteloryzm. Dziedziczenie zespołu LQT7 jest autosomalne dominujące i dotyczy mutacji w genie KCNJ2.

Opis przypadku:

Przedstawiony opis przypadku dotyczy 32 letniej pacjentki (153 cm, 59kg, BMI 25,2) z wywiadem rodzinnego występowania LQT7 (matka, siostra), przyjętej do oddziału kardiologii celem diagnostyki epizodów omdleń o niewyjaśnionej etiologii (wywiad nietypowy, nie wskazujący na omdlenia wazowagalne). Obecne cechy fenotypowe oraz objawy mięśniowe występujące głównie w okresie miesiączki. W wykonanym badaniu holterowskim podczas przyjmowania propranololu liczne ekstrasystolie komorowe (21 tys./ zapis) oraz wstawki nieutralowanego częstoskurczu komorowego. Badanie echokardiograficzne serca bez istotnych odchyłeń (LVEF= 55%). Wykonano próbę wysiłkową, która była dobrze tolerowana i nie nasilała arytmii. Podjęto decyzję o odstawieniu propranololu i włączeniu flekainidu w dawce 50mg 2x/dz. W kolejnym badaniu holterowskim obserwowano redukcję ilości ekstrasystolii komorowej do 15 tys./zapis, wobec czego zdecydowano o zwiększeniu dawki flekainidu. Uzyskano kolejną niewielką redukcję w kontrolnym badaniu holterowskim do 14 tys./ zapis ekstrasystolii komorowej na zapis.

Wnioski:

Przedstawiony opis przypadku to chora z rzadko występującym zespołem LQT7. W przypadku LQT7 najczęściej złożone arytmie komorowe mają charakter samoograniczający się. Dobór beta-adrenolotyku (np. propranolol, nadolol) lub w wyjątkowych sytuacjach leku antyarytmicznego może zmniejszać ich nasilenie. Zaburzenia rytmu mogą być też potencjalną przyczyną zaburzeń hemodynamicznych i ich przejawów pod postacią omdleń. W takich grupach pacjentów należy rozważyć dodatkowe metody leczenia poprzez implantację ICD, czy przeprowadzenie zabiegu denerwacji serca.

Glistnica pęcherzyka żółciowego jako potencjalna przyczyna ostrego zapalenia trzustki

Michał Azierski, Michał Dróżdż, Aleksandra Gąsior

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
lek. Anna Dróżdż

Wstęp:

Okolo 70% przypadków ostrego zapalenia trzustki (OZT) spowodowanych jest przez choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych oraz przez alkohol. Choroby infekcyjne, takie jak glistnica, są bardzo rzadko występującą grupą przyczyn. Na podstawie przypadku 63-letniej pacjentki zostanie przedstawiony proces diagnostyczny przyczyn OZT.

Streszczenie:

63-letnia pacjentka została przyjęta do oddziału gastroenterologicznego celem poszerzenia diagnostyki przyczyn dwóch udokumentowanych przypadków ostrego martwiczego zapalenia trzustki o nieustalonej etiologii wymagających hospitalizacji na OIT, z których jeden z powikłaniem zakrzepicy żyły śledzionowej. Pacjentka zgłaszała stałe dolegliwości bólowe jamy brzusznej, o zmiennym nasileniu, niezwiązane z wypróżnieniami oraz posiłkami, wymagające leczenia buprenorfiną. Wykluczono najczęstsze przyczyny ostrego zapalenia trzustki, w tym kamicze, toksyczne i autoimmunologiczne. Wykonano USG jamy brzusznej, które uwidoczniło pogrubienie ściany pęcherzyka żółciowego, budzące podejrzenie procesu rozrostowego. Diagnostykę poszerzono o MRI jamy brzusznej, w którym stwierdzono adenomiomatozę pęcherzyka żółciowego oraz podejrzenie obecności lamblii w jego świetle. W wykonanym teście kału na pasożyty i lamblię oraz przeciwciał przeciwko lamblii uzyskano wynik wielokrotnie ujemny. W badaniach laboratoryjnych wykazano wysokie wartości ferrytyny (>1600 ng/ml) (norma 10-291 ng/ml) przy prawidłowych wartościach stężenia żelaza. W badaniach genetycznych wykluczono hemochromatozę. Wykonano badanie ultrasonografii endoskopowej (EUS), w którym opisano liczne linijne obszary hiperechogeniczne bez cienia akustycznego. Podczas konsultacji ze Specjalistą Chorób Zakaźnych ustalono, że całość obrazu klinicznego przemawia za obecnością glist w pęcherzyku żółciowym. Zalecono terapię Zentelem (albendazol) oraz skierowano Pacjentkę do Poradni Chirurgicznej celem kwalifikacji do cholecystektomii.

Wnioski:

Bardzo rzadka przyczyna ostrego zapalenia trzustki, jaką jest glistnica, może sprawić trudności diagnostyczne. W procesie diagnostycznym istotna jest współpraca lekarzy różnych specjalizacji. W przypadku glistnicy pęcherzyka żółciowego leczenie polega na podaniu leków przeciw pasożytniczych, takich jak np. albendazol, oraz przeprowadzenia zabiegu cholecystektomii, rewizji dróg żółciowych i przeprowadzenia badania żółci na obecność pasożytów.

Tissue Factor and Thrombomodulin Phenotype Expression in Patients with Dilated Cardiomyopathy

Marcin Rojek, Maciej Baron

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med. Romuland
Wojnicz**

Introduction:

Idiopathic dilated cardiomyopathy (DCM) is a primary myocardial disease of unknown origin which carries a high morbidity and mortality rate. Accumulated data suggest that deregulation of local haemostasis may significantly influence the disease progression. Accordingly, the aim of the study was to investigate the phenotype expression of the selected haemostasis markers in right ventricular biopsy sections from patients with DCM.

Case report:

The right ventricular endomyocardial biopsy was taken from 55 patients with DCM (NYHA I to II). The autopsy sections from 12 cases served as a control. For immunohistochemistry, 5µm thick frozen sections were incubated with monoclonal antihuman antibodies against Tissue Factor (TF) and Thrombomodulin TM. En-Vision method, Alkaline Phosphatase detection system and New Fuchsin Substrate System were used. The primary antibody was omitted from negative control slides. As a positive control, colon and lymph node sections were used. Each specimen was evaluated qualitatively and semiquantitatively. The semiquantitative scoring system was defined as follows: 0, lack of staining or weak focal staining; 1+, weak multifocal staining; 2+, moderate multifocal staining; 3+ severe staining. NIKON Eclipse 80i microscope with DS-Fi1 digital camera and NIS Elements software from NIKON was used for light microscopy examinations.

Conclusion:

In patients with DCM, TF and TM differed significantly compared to the control (Mann-Whitney U Test, $P < 0.01$). The up-regulation of $TF \geq 2+$ was found in 68% and 18% patients, respectively. Similarly, TM expression $\geq 2+$ was present in 55.6% of patients from DCM group and 12 patients in the Control. Kendall's tau analysis showed that TF and TM was positively correlated ($r = 0.59$, $P < 0.001$). In conclusion, the shift of haemostasis towards procoagulation found in the current study confirmed hypercoagulable state in patients with DCM. These findings provide insight into the underlying mechanisms responsible for the disease.

Trudności w diagnostyce i leczeniu raka gruczołowego płuc

Wiktoria Matyszkiewicz, Maria Mirek

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Izabela Zielińska-Leś**

Wstęp:

Rak płuc jest pierwszą przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych. Dzięki wprowadzeniu immunoterapii rokowanie chorych z zaawansowanym niedrobnokomórkowym rakiem płuc (NDRP) znacząco się poprawiło. Monoterapia przeciwciałami monoklonalnymi pozostaje obecnie standardem terapeutycznym dla zaawansowanego NDRP z ekspresją PD-L1 >50%, po wykluczeniu obecności mutacji EGFR, rearanżacji ALK i ROS1.

Opis przypadku:

Pacjent 46 lat, został przyjęty na Oddział Pulmonologiczny z podejrzeniem śródmiąższowego zapalenia płuc. Chory zgłaszał duszność NYHA III, produktywny kaszel, gorączkę (38 C) od miesiąca oraz utratę masy ciała 10 kilogramów w okresie 2 miesięcy. W wywiadzie nikotynizm (20 paczolat), aktualnie 5 papierosów na dobę. W TK kłp uwidoczniono kawitacje oraz rozsiane zmiany typu mlecznej szyby. Wykonano bronchofiberoskopię uwidoczniając zaleganie dużej ilości gęstej wydzieliny i zaczerwienienie błony śluzowej. Pobrano aspirat oskrzelowy (bakteriologia, cytologia, BK, mykologia), rozmazy szczoteczkowe oraz wycinki na badanie histopatologiczne. Wynik badania cytologicznego wykazał obecność komórek nabłonków dróg oddechowych, leukocytów oraz pojedynczych komórek raka niedrobnokomórkowego. Fragmenty błony śluzowej oskrzela objęte przewlekłym naciekiem zapalnym. Rozpoznanie rak gruczołowy płuc w stadium rozsiewu EBUS - TBNA: W badaniach immunohistochemicznych: EGFR(-), ALK(-), ROS-1(-), ekspresja PD-L1 > 50%. Stan ogólny chorego ECOG 2. Rozpoczęto chemioterapię schematem: cisplatyna, pemetreksed, podano 6 cykli. W kontrolnej TK kłp nieznaczna regresja zmian guzkowych z towarzyszącą progresją płynu w prawej jamie opłucnowej. Zakwalifikowano chorego do 2 linii immunoterapii: atezolizumab w monoterapii. Pacjent dobrze toleruje leczenie i kontynuuje terapię.

Wnioski:

Niedrobnokomórkowy rak płuc, (rak oskrzelikowo-pęcherzykowy), charakteryzuje się specyficznym rozprzestrzenianiem komórek, tworząc charakterystyczny "szklisty" wzorec na rentgenogramach. Trudności diagnostyczne i terapeutyczne wynikają z różnic w stosunku do innych nowotworów litych płuc. W odróżnieniu od innych raków płuc, nie naciekają na otaczające tkanki i rzadko posiadają mutacje genów EGFR, ALK lub KRAS, co ogranicza możliwości terapii celowanych. Oporność na standardową chemioterapię sprawia, że leczenie jest wyjątkowo trudne. Nowoczesne terapie, takie jak immunoterapia i terapia anty-PD-1/PD-L1, mogą przynieść korzyści pacjentom z zaawansowanym NDRP.

Czego ortopeda nie widzi, tego interniście nie żal - czyli kiedy poprosić o pomoc neurologa?

Maciej Łydka, Agnieszka Kuflik, Julia Węgrzynek-Gallina

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Joanna Siuda**

Wstęp:

Zwyrodnienie korowo-podstawne (ang. Corticobasal degeneration, CBD) jest rzadkim schorzeniem zwyrodnieniowym układu nerwowego należącym do parkinsonizmów atypowych. Mimo wielu propozycji kryteriów diagnostycznych mających wspierać rozpoznanie tej jednostki chorobowej, jest ona bardzo trudna do wykrycia przy użyciu dzisiejszych technik. Do najbardziej typowych objawów klinicznych dla tego zespołu należą: wyraźnie asymetryczny parkinsonizm, sztywność i dystoniczne ułożenie kończyny górnej, mioklonie, apraksja, zespół obcej kończyny, zaburzenia chodu z powtarzającymi się upadkami i korowe zaburzenia czucia. Początkowo pacjenci są diagnozowani w kierunku choroby Parkinsona, lecz zastosowane leczenie w postaci lewodopy i innych leków dopaminergicznych jest całkowicie nieskuteczne.

Opis przypadku:

68-letnia pacjentka została przyjęta do Oddziału Neurologii celem poszerzenia diagnostyki parkinsonizmu, od 2 lat leczona nieskutecznie lewodopą i ropinirolem z szybko występującą progresją objawów, nasileniem zaburzeń równowagi i chodu prowadzących do kilku upadków. Dodatkowo występują znaczne zaburzenia poznawcze, głównie pamięci świeżej. Badanie neurologiczne wykazało znaczne zaburzenie prakcji kończyn prawych, zespół zaniedbywania prawostronnego, wzmożone napięcie mięśniowe typu plastycznego w kończynach prawych, znaczną bradykinezję kończyn prawych z przewagą w kończynie górnej, chód niestabilny, małymi kroczkami oraz zaburzenie odruchów postawy. Po podaniu 200 mg lewodopy nie nastąpiła istotna poprawa. Konsultacja neurologopedyczna ujawniła trudności w wykonywaniu poleceń złożonych i pisania, okresowo osłabioną artykulację z tendencją do nie płynności mowy oraz 6 stopień nasilenia dysfagii wg Swallowing Rating Scale. Podczas konsultacji psychologicznej stwierdzono nasilone deficyty w zakresie pamięci epizodycznej, funkcji wzrokowo-przestrzennych i zaburzenia prakcji we wszystkich modalnościach. W czasie badania zaobserwowano cechy obcej kończyny.

Wnioski:

W diagnostyce parkinsonizmu należy zwrócić uwagę na objawy sugerujące parkinsonizmy atypowe, w tym CBD, na które cierpi 4-6% pacjentów ze zdiagnozowanym parkinsonizmem. Stosowanie aktualizowanych co kilka lat kryteriów diagnostycznych oraz dwóch najbardziej istotnych procedur (badania neuropsychologicznego i badań neuroobrazowych – rezonansu magnetycznego oraz tomografii emisyjnej pojedynczych fotonów) zwiększa szansę na przeżyciowe rozpoznanie możliwego, prawdopodobnego lub pewnego CBD.

Hiperleukocytoza - jak uniknąć jej poważnych skutków

Anna Marszołek, Maria Leśniak, Zuzanna Skiba

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Joanna
Zawitkowska, prof. UM

Wstęp:

Hiperleukocytozą definiujemy ilość krwinek białych (WBC) $> 100 \times 10^9/\mu\text{l}$. Narastająca liczba WBC prowadzi do leukostazy, która jest bezpośrednim zagrożeniem życia, ponieważ sprzyja zaburzeniom przepływu krwi w mikrokrażeniu i wzrostu ryzyka incydentów zakrzepowo – zatorowych. Na podstawie przypadku 12-letniego pacjenta przedstawię możliwości terapeutyczne, których wdrożenie zmniejszy ryzyko powikłań hiperleukocytozy.

Opis przypadku:

Pacjent w stanie ogólnym średnio-ciężkim, apatyczny został przyjęty na oddział Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej w Lublinie. W badaniu fizykalnym przeczulica na dotyk, liczne wybroczyny, podwyższona temperatura ciała, tachypnoe, zmiany na pośladkach o charakterze czyrakowatym, uogólniona limfadenopatia i hepatosplenomegalia. W wywiadzie trwająca od 5 dni gorączka leczona objawowo, następnie zapalenia gardła i opryszczka leczone antybiotykiem i acyklowirem. W morfologii krwi obwodowej zaobserwowano WBC – $685 \times 10^9/\mu\text{l}$, anemię, trombocytopenię, podwyższone stężenie dehydrogenazy mleczanowej. Badanie obrazowe klatki piersiowej ujawniło guza w śródpiersiu. Ze względu na stan ogólny pacjenta i hiperleukocytozę rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej T-komórkowej postawiono na podstawie badania cytometrii przepływowej krwi obwodowej. Rozpoczęto leczenie przeciwnowotworowe – fazę cytoredukcyjną. Monitorowano bilans płynów i zlecono rasburykazę w celu prewencji zespołu lizy guza (TLS). Ze względu na brak efektów terapeutycznych, w drugiej dobie leczenia zastosowano zabiegi leukaferozy. Jednocześnie kontynuowano rozpoczętą prefazę cytoredukcyjną (prednizon i cyklofosfamid). W piątej dobie leczenia, wartość WBC wynosiła $3,61 \times 10^9/\mu\text{l}$, co umożliwiło kontynuację leczenia w pełnych dawkach. Dzięki podjętym działaniom terapeutycznym chłopiec uniknął zagrażających życiu powikłań, zakończył intensywną chemioterapię, a w chwili obecnej przyjmuje leczenie podtrzymujące remisję choroby.

Wnioski:

Zastosowanie prefazy cytoredukcyjnej i zabiegów leukaferozy pozwala zredukować wyjściową masę nowotworową. Wzmoczona czujność onkologiczna i włączenie w warunkach szpitalnych celowanego postępowania terapeutycznego pozwala na uniknięcie powikłań w postaci leukostazy i TLS.

Eozynofilowe zapalenie aorty jako bardzo rzadkie powikłanie leczenia klozapiną - przypadek pacjentki ze schizofrenią paranoidalną

Julia Łaciak, Natalia Libudzik, Iga Machała

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
Barbara Alli-Balogun**

Wstęp:

Klozapina jest lekiem przeciwpsychotycznym stosowanym w kontrolowaniu objawów schizofrenii. Ze względu na częste działania niepożądane zarezerwowana jest dla pacjentów spełniających kryteria schizofrenii lekoopornej lub źle tolerujących inne leki przeciwpsychotyczne. Wśród mniej typowych skutków ubocznych wymienia się eozynofilię, która szacunkowo występuje u 13-14% pacjentów, w tym dwa razy częściej u kobiet, zapalenia narządów takich jak mięsień sercowy lub zapalenie naczyń, które najczęściej dotyczy drobnych naczyń w skórze.

Opis przypadku:

Opisywana 54-letnia pacjentka została przyjęta za zgodą, w trybie nagłym po dopuszczeniu się agresji czynnej w postaci ataku swojego brata nożem. Chora dotychczas nieleczona psychiatrycznie, przy przyjęciu prezentowała szereg objawów schizofrenii paranoidalnej. Rozpoczęto leczenie kolejno risperidonem, olanzapiną, a następnie z powodu braku poprawy klinicznej pacjentki, po wykonaniu badań laboratoryjnych, włączono klozapinę w dawkach rosnących do 200 mg na dobę. Po dwóch tygodniach leczenia klozapiną nastąpił stopniowy wzrost poziomu eozynofili, D-dimerów oraz białka C-reaktywnego, natomiast w angio-TK uwidoczniło zmiany zapalne łuku aorty. Po trzech tygodniach zdecydowano o odstawieniu leku. W kolejnych dniach parametry biochemiczne wróciły do normy, zmiany w TK się wycofały. Wprowadzono leczenie amisulprydem, po którym odnotowano poprawę stanu psychicznego, co umożliwiło wypisanie chorej z oddziału w 72. dobie hospitalizacji.

Wnioski:

Zmiany zapalne w obrębie dużych naczyń takich jak aorta w przebiegu stosowania klozapiny są bardzo rzadko opisywane w literaturze. Przedstawiony przypadek ma na celu zwiększenie świadomości na temat możliwych nietypowych powikłań stosowanego leczenia oraz przyspieszenie ich diagnozowania, co pozwoli zapobiec wystąpieniu trwałych, negatywnych skutków zdrowotnych u pacjentów.

The diagnostic and therapeutic challenge of cervical cancer with an atypical BRCA1 gene mutation - a case report

Sylwia Mroszczyk, Paweł Mamczarz, Julia Kalinowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun pracy:
lek. Katarzyna Szklener

Introduction:

Cervical cancer is one of the top ten cancers most likely to affect and cause death in women all around the world. The main factors contributing to the development of cervical cancer are: HPV infection, nicotine addiction and intercourse with multiple partners who are often carriers of the HPV.

Case report:

The aim of this study is to present the case of a young woman who was diagnosed with cervical cancer with a mutation in the BRCA1 gene.

A 30-year-old patient underwent a routine cytological examination of a cervical smear in April 2021. Due to the inconclusive results, a histopathological examination was ordered, which showed the presence of papillary endometrial cancer of the cervix. The clinical stage (FIGO) was assessed using computed tomography (FIGO) - IB2. Computed tomography of the chest and abdominal cavity revealed post-inflammatory/fibrous subpleural nodules and a cystic lesion in the metaphysis of the left humerus, with no evidence of contrast enhancement. In June 2021, Wertheim-Meigs surgery was performed, followed by qualification for radiochemotherapy, which lasted 2.5 months. Approximately 6.5 months after the end of treatment, a follow-up computed tomography scan revealed metastatic changes in both lungs. On this basis, it was decided to perform bronchofiberoscopy. The obtained material was subjected to histopathological examination, which confirmed the metastatic nature of the lesions. In March 2023, genetic profiling was performed using next-generation technology (NGS next-generation sequencing), which showed the loss of exon 6-7 within the BRCA1 gene.

Conclusions:

Two case reports with a similar history of the disease and the presence of mutations in the BRCA1 gene were found in the world medical literature. The patient was qualified for chemotherapy with a platinum derivative. Due to cancer cells sensitivity to platinum compounds, treatment with a PARP inhibitor was introduced as a maintenance therapy. An individual approach to the patient is an important element of the diagnostic and therapeutic process, so it is worth considering extending genetic testing to include full NGS profiling, which may be crucial for good alternative treatment.

SESJA PRZYPADKÓW ZABIEGOWYCH II

WITREKTOMIA CENTRALNA ODBARCZAJĄCA Z FAKOEMULSYFIKACJĄ ZAĆMY Z WSZCZEPIENIEM SZTUCZNEJ SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWEJ OKA LEWEGO U 51 – LETNIEJ PACJENTKI Z JASKRĄ ZAMKNIĘTEGO KĄTA – OPIS PRZYPADKU. ..50	
PRO-ARRHYTHMIC EFFECT OF LEFT VENTRICULAR LEAD IMPLANTATION TREATED WITH THE UPGRADE TO CONDUCTION SYSTEM PACING – CASE STUDY.....51	
ROZLEGŁE OBRAŻENIA TWARZOCZASZKI PO URAZIE PIŁĄ TARCZOWĄ - OPIS PRZYPADKU.....52	
ZDOLNOŚCI ADAPTACYJNE UKŁADU STOMATOGNATYCZNEGO PRZY OBNIŻONEJ WYSOKOŚCI ZWARCIA.....53	
NIETYPOWY PRZEBIEG CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ SERCA U MŁODEJ KOBIETY 54	
FIRST ROBOT-ASSISTED MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY IN POLAND: A CASE REPORT55	
PODNIESIENIE DNA ZATOKI SZCZĘKOWEJ Z WYKORZYSTANIEM WŁASNEGO ZĘBA PACJENTA56	
PRZEZ ŻOŁĄDEK DO PŁUC - ISTOTA LAPAROSKOPOWEGO LECZENIA GERD PO PRZESZCZEPIENIU PŁUC57	
RANA KŁUTA SZYI – STAN ZAGROŻENIA ŻYCIA U MŁODEGO PACJENTA.....58	
BRADYKARDIA ZATOKOWA, NAPADOWE MIGOTANIE I ATYPOWE TRZEPOTANIE PRZEDSIONKÓW U 40-LETNIEJ PACJENTKI Z NIEPRAWIDŁOWOŚCIĄ GŁÓWNYCH NACZYŃ ŻYLNÝCH – WYBÓR OPTYMALNEGO SPOSOBU LECZENIA59	
LECZENIE WEWNĄTRZNACZYNIOWE USZKODZENIA AORTY PRZEZ KORONĘ STENT-GRAFTU Z WYKORZYSTANIEM STENT-GRAFTU BRANCH’OWEGO60	
POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE Z COLOBOMĄ OCZNĄ - OPIS PRZYPADKU 37-LETNIEJ PACJENTKI Z WYSOKĄ KRÓTKOWZROCZNOŚCIĄ I COLOBOMĄ NACZYNIÓWKI OKA PRAWEGO.....61	

Witrektomia centralna odbarczająca z fakoemulsyfikacją zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej oka lewego u 51 – letniej pacjentki z jaskrą zamkniętego kąta – opis przypadku.

Dawid Woszczek, Ewa Szklarek

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Sebastian Sirek**

Wstęp:

Jaskra jest jedną z najczęstszych przyczyn utraty wzroku na całym świecie. Obecnie jaskra pierwotna z zamkniętym kątem przesączania dotyka około 20 milionów osób, nieleczone może doprowadzić do ślepoty. Zamknięcie kąta przesączania zwykle występuje w anatomicznie predysponowanych oczach z płytką komorą przednią i małą długością osiową gałki ocznej. Z tego powodu wczesne i skuteczne interwencje terapeutyczne są niezwykle ważne w tej grupie pacjentów.

Opis przypadku:

Pacjentka 51 – letnia zgłosiła się do Przyklinicznej Poradni Okulistycznej z powodu wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego w oku lewym na poziomie 39 mmHg utrzymującego się pomimo zastosowania leczenia miejscowego z zachowaną pełną ostrością wzroku na poziomie 1.0. W wywiadzie u pacjentki wykonano irydotomię obwodową, w badaniu gonioskopii stwierdzono zarostowo zamknięty kąt przesączania. Pacjentka została zakwalifikowana do leczenia chirurgicznego. W trakcie hospitalizacji wykonano zabieg witrektomii centralnej odbarczającej z fakoemulsyfikacją zaćmy z dotorebkowym wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej oka lewego. Przy pierwszej kontroli uzyskano ciśnienie wewnątrzgałkowe na poziomie 20 mmHg oraz najlepiej skorygowaną ostrość wzroku na poziomie 0.8

Wnioski:

Fakowitrektomia może być skutecznym zabiegiem przeciwjaskrowy u pacjentów z anatomicznymi predyspozycjami prowadzącymi do zamknięcia kąta przesączania, dając długoterminową szansę zachowania użytecznej ostrości wzroku.

Pro-arrhythmic effect of left ventricular lead implantation treated with the upgrade to conduction system pacing – case study

Michał Kawa, Paulina Kluszczyk, Piotr Szwed

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
lek. Mateusz Sajdok
prof. dr hab. n. med. Krzysztof S
Gołba**

Introduction:

Cardiac resynchronization therapy, combined with a defibrillator (CRT-D), is a treatment option for heart failure (HF), especially effective in reverse remodeling of the left ventricle (LV) in the left bundle branch block (LBBB) patients.

Case report:

A 52-year-old man with non-ischemic cardiomyopathy was implanted with a single-chamber cardioverter-defibrillator in 1999 for secondary prevention of sudden cardiac death. After that, he experienced no ventricular tachycardia/ventricular fibrillation (VT/VF). Twenty years later, there was a gradual decline in exercise tolerance attributed to a high percentage of right ventricular pacing due to bradycardia during persistent atrial fibrillation. In April 2019, he underwent the upgrade to CRT-D using biventricular stimulation (BiV) despite the lack of typical LBBB; native QRS width was 135ms and paced QRS 210 ms. Almost immediately after the upgrade, the patient experienced multiple VT/VF episodes and was hospitalized four times due to electrical storms. In March 2020, he underwent ventricular extrasystole foci ablation in both ventricles. In March 2023, he was referred to the Electrocardiology Department for the subsequent catheter ablation or preparation for stereotactic radiosurgery. However, the suspicion was made that epicardial stimulation of LV during BiV may cause recurrent VT/VF. Considering the reduced LVEF of 24% and recurrent arrhythmias, the decision was made to turn off the LV stimulation. Due to pacing indications, mean daily heart rhythm of 45/min, and QRS width of 135 ms, a decision was made to implant the conduction system pacing (CSP) lead to the left branch of His bundle. At the follow-up visit in September 2023, the LVEF improved to 37%. During the 11-month follow-up, only one fast VT was recorded as early as one week after the procedure.

Conclusions:

More physiological CSP than BiV pacing could be the method to avoid the relatively rare, pro-arrhythmic effect of left ventricular lead implantation.

Rozległe obrażenia twarzoczaszki po urazie piłą tarczową - opis przypadku

Katarzyna Janik, Zuzanna Galicka, Krzysztof Kania

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
dr n. med. Daria Wziątek- Kuczmik
prof. dr hab. n. med. Iwona
Niedzielska**

Wstęp:

Wypadki z udziałem piłą tarczową w obrębie głowy i szyi stanowią rzadkość. Najczęściej prowadzą do rozległych uszkodzeń w obrębie tkanek miękkich, głównie ran szarpanych. Rzadziej dochodzi do poważnych, złożonych uszkodzeń w obrębie kości i struktur zawartych w jamie czaszki.

Opis przypadku:

67-letni pacjent został przyjęty na Oddział Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo- Twarzowej w Katowicach w trybie pilnym celem zaopatrzenia chirurgicznego złamania ściany przedniej i tylnej zatoki czołowej z raną powłok skórnych w związku z urazem piłą tarczową. W badaniu zewnątrzustnym widoczna rana szarpana okolicy czołowej z widocznym światłem zatoki i wyczuwalnym pędem powietrza w trakcie oddechu. Ptoza powieki górnej prawej. TK twarzoczaszki wykazało obecność licznych złamań w obrębie ściany przedniej i tylnej zatoki czołowej oraz ściany górnej i bocznej prawego oczodołu oraz odnę śródczaszkową, zlokalizowaną wzdłuż przedniej ściany sierpa mózgu. Celem chirurgicznego zaopatrzenia zrewidowano okolicę zatoki czołowej przez rany okolicy czołowej. Stwierdzono złamania blaszek zewnętrznych z przemieszczeniem po stronie lewej oraz ubytki ściany zewnętrznej oraz wewnętrznej. Ubytek tkanki kostnej blaszki wewnętrznej zaopatrzone preparatem Surgicel, a ubytek blaszki zewnętrznej zaopatrzone siatką tytanową dociętą pod wymiar defektu. Odłamy kostne ściany zewnętrznej zatoki czołowej ufixowano w pozycji anatomicznej przy pomocy płytek tytanowych. Uzyskano zadowalający efekt kosmetyczny. Ze względu na pourazowe uszkodzenie mięśnia dźwigacza powieki górnej pacjent odbył rehabilitację w Przyklinicznym Zespole Rehabilitacyjnym pod opieką fizjoterapeuty i studentów kierunku lekarsko- dentystycznego.

Wnioski:

Urazy w obrębie twarzoczaszki wymagają interdyscyplinarnej współpracy lekarzy oraz fizjoterapeutów celem minimalizowania ryzyka wystąpienia powikłań, jak również szybszego przywrócenia sprawności fizycznej i możliwości kontynuacji pracy zawodowej przez pacjentów.

Zdolności adaptacyjne układu stomatognatycznego przy obniżonej wysokości zwarcia

Maria Pawłowska

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med. Stefan Baron**

Wstęp:

Wtórna relacja centralna to zmiany w zgryzie wynikające z przemieszczenia głów stawów skroniowo-żuchwowych (SSŻ) spowodowane utratą zębów. W typowej relacji centralnej głowy SSŻ są w prawidłowym, centralnym położeniu w panewce SSŻ, umożliwiając harmonijną pracę narządu żucia. W przypadku wtórnej relacji centralnej następuje doprzednie przemieszczenie głów stawowych, związane z dopasowaniem zgryzu. Adaptacja układu stomatognatycznego to zdolność dostosowywania się do zmieniających warunków funkcjonalnych. W przypadku zmian patologicznych takich jak utrata zębów organizm podejmuje wysiłek celem utrzymania homeostazy funkcjonalnej. Mechanizmy adaptacyjne obejmują dostosowywanie się mięśni, stawów oraz kości, minimalizując skutki nieprawidłowości i umożliwiając pacjentowi utrzymanie zdolności żucia i mówienia.

Opis przypadku:

W obrazie RTG zgryzu zaobserwowano doprzednie, obustronne przemieszczenie głów żuchwy w SSŻ, które ewoluowały przez kilkadziesiąt lat doprowadzając do powstania wtórnej relacji centralnej. Badanie czynnościowe nie ujawniło odchyłeń od normy. Pacjent nie wykazywał żadnych dolegliwości bólowych i przystosował się do zaistniałej sytuacji. Mając na względzie doprzednie przemieszczenie kłykci żuchwy w SSŻ w tym przypadku nie można było zastosować żadnego leczenia protetycznego, które uzupełniłoby wszystkie braki zębowe. Z tego powodu zastosowano rozwiązanie polegające na poprawie estetyki w odcinku przednim, szczególnie po utracie siekaczy dolnych. Dostosowanie brzegów siecznych koron implantoprotetycznych do anatomicznych warunków wyrostka żębobólowego szczęki stanowiło wyzwanie zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i technicznego. Nie jest jasne, czy osiągnięto pełne dostosowanie zgryzu, czy jedynie zwarcie. Ostatecznie kluczowe było zapewnienie pacjentowi jak najlepszej jakości życia z uwzględnieniem jego potrzeb i ograniczeń.

Wnioski:

Warto zauważyć, że w tym przypadku pojęcie relacji centralnej nie pokrywa się z definicją Gerbera. Oznacza to, że pacjent utrzymuje nawykowe zwarcie, które umożliwia mu zachowanie niezbędnych funkcji do życia, nie prezentując żadnych objawów. Warto kontynuować badania w tym obszarze, zwłaszcza pod kątem analizy radiograficznej SSŻ, aby lepiej zrozumieć mechanizmy adaptacyjne i ich wpływ na funkcje układu stomatognatycznego.

Nietypowy przebieg choroby niedokrwiennej serca u młodej kobiety

Michał Drózdź, Michał Azierski, Aleksandra Gąsior

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Mirosław Drózdź**

Wstęp:

Istotne zwężenia w tętnicach wieńcowych u młodych kobiet bez innych czynników ryzyka występują rzadko. W pracy przedstawiony został przypadek wystąpienia choroby wieńcowej u młodej kobiety bez czynników ryzyka.

Streszczenie:

Czterdziestopięcioletnia, niepaląca Pacjentka z prawidłowym BMI zgłosiła się do Poradni Kardiologicznej z powodu nietypowych bólów w klatce piersiowej. Kilka tygodni wcześniej była hospitalizowana w SOR z powodu bólów w klatce piersiowej, gdzie wykluczono ostry zespół wieńcowy. W EKG rytm zatokowy o częstości akcji serca ok. 60/min i głębokie ujemne załamki T w V1-V3. W echo: kurczliwość mięśnia sercowego prawidłowa, EF- 60 %, bez patologii zastawkowej, test wysiłkowy na bieżni ruchomej ujemny klinicznie, dodatni elektrokardiograficznie przy bardzo dobrej tolerancji wysiłku (obniżki ST w II, aVF, V4-6 do 1,4 mm przy 13,4 METS), holter EKG – bez zaburzeń rytmu i przewodzenia. W związku z nieprawidłowości wykrytymi w teście wysiłkowym, jednocześnie uwzględniając niską swoistość wyniku dodatniego u młodych kobiet, Pacjentkę skierowano na stress echo i otrzymano wynik ujemny klinicznie i echokardiograficznie. Miesiąc później wystąpił ostry zawał serca podwiersiowy, powikłany NZK w mechanizmie migotania komór. Przeprowadzono skuteczną resuscytację. W koronarografii uwidoczono: 70% zwężenie pnia LTW, 70% zwężenie Cx oraz nasilony spazm w ostium LAD (w pierwszym podaniu TIMI 1). Angioplastyka LM/LAD/Cx z implantacją 2 stentów DES. Po trzech i dziewięciu miesiącach wykonano kontrolną koronarografię. Stwierdzono dobry efekt angioplastyki wieńcowej bez restenozy w implantowanych stentach, prawidłową kurczliwość mięśnia sercowego i ujemny test wysiłkowy. Po pięciu latach nawrót bólów w klatce piersiowej i konieczność wykonania angioplastyki gałęzi okalającej oraz POBA LM/LAD z powodu restenozy w stencie w gałęzi okalającej. Pacjentka pozostaje w leczeniu w Poradni Kardiologicznej.

Wnioski:

Mimo że wystąpienie choroby wieńcowej związane jest z obecnością czynników ryzyka, jak potwierdza opisany przypadek może wystąpić także u osób bez obciążeń, co implikuje konieczność zachowania czujności diagnostycznej.

First Robot-Assisted Minimally Invasive Esophagectomy in Poland: A Case Report

Wojciech Migal, Michał Dziedzic, Agnieszka Majewska

**Wydział Medyczny
Collegium Medicum
Uniwersytet Kardynała Stefana
Wyszyńskiego w Warszawie**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna
Różańska-Walędziaik**

Introduction:

Esophageal adenocarcinoma is the second most common type of esophageal cancer. Due to its malignancy and in most cases late diagnosis, the prognosis is often unfavorable. Surgery is the mainstay of treatment. In the recent years minimally invasive esophagectomy (MIE) has become the method of choice due to better tolerance, lower complications rate and shorter hospitalization. However, we have reached a point where the first surgery using a more advanced method, robot-assisted minimally invasive esophagectomy (RAMIE), has been performed in Poland.

Case Report:

A 64-year-old patient, with a history of hypertension, chronic sinusitis and overweight, underwent endoscopic resection for adenocarcinoma in the distal part of esophagus in December 2023. He was admitted to Department of General, Oncological, Metabolic, and Thoracic Surgery of Military Medical Institute in Warsaw, for surgical excision of esophageal cancer. The patient was qualified for robot-assisted minimally invasive esophagectomy (RAMIE). The procedure was successfully performed. It involved a right thoracoscopic approach, subtotal resection of the esophagus along with the sub-cardial portion of the stomach and creation of a gastroesophageal anastomosis in the thoracic cavity. Mediastinal lymphadenectomy was also carried out, and drains were placed in the right pleural cavity and abdominal cavity. Following surgery, the patient experienced postoperative respiratory insufficiency that required transfer to the Intensive Care Unit. After two days, the patient regained consciousness and was successfully transferred to the surgical ward. Two weeks after surgery, oral nutrition was initiated. A control gastroscopy showed that the anastomosis was unchanged and without signs of fistula. The patient was discharged home in good condition after 18 days of hospitalization.

Conclusions:

This case demonstrates the feasibility and effectiveness of using RAMIE for the surgical excision of esophageal cancer. The procedure was performed successfully, indicating that advanced surgical techniques such as RAMIE can be effectively implemented in the management of esophageal adenocarcinoma.

Podniesienie dna zatoki szczękowej z wykorzystaniem własnego zęba pacjenta

Kaja Kłópecka

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekunowie pracy:

dr n. med. Anna Pogorzelska

prof. dr hab. n. med. Kazimierz

Szopiński

Wstęp:

Podniesienie dna zatoki szczękowej, czyli zwiększenie pionowego wymiaru szczęki, jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów w chirurgii stomatologicznej. Zabieg ten jest szczególnie wskazany u pacjentów ze znacznym zanikiem kostnym w bocznym odcinku szczęki przed wszczępieniem implantu. W celu zwiększenia wolumenu kostnego, materiał augmentacyjny umieszcza się między błoną zatoki szczękowej a resztkowym wyrostkiem zębodołowym. Obecnie stosowane są różne materiały wszczepowe. Kość autogenna posiada niepodważalne właściwości biologiczne i immunologiczne, jednak coraz częstszą alternatywę stanowi ząb procesowany charakteryzujący się wysoką biokompatybilnością.

Opis przypadku:

Pacjent lat 34, w stanie ogólnym dobrym, zgłosił się w celu uzupełnienia implantoprotetycznego zęba 26. Po ocenie radiologicznej stwierdzono znaczny zanik kostny w okolicy brakującego zęba. Podjęto decyzję o usunięciu zęba 38 i wykorzystaniu go jako materiał augmentacyjny w zabiegu podniesienia dna zatoki szczękowej. Po dokładnym oczyszczeniu wstępnym i mikrobiologicznym ząb został zmiażdżony do postaci proszku i połączony z BEGO-OSS i Platelet Rich Fibrin (PRF) uzyskanym z krwi pacjenta. Metodą otwartą (poprzez dostęp boczny przez okienko kostne) zaaplikowano materiał między błonę Schneidera a wyrostek, całość szczelnie zszyto. Po 4 miesiącach postanowiono wszczepić implant.

Wnioski:

Mimo niektórych wad autogennego materiału zębowego, takie jak ograniczona możliwość pozyskania materiału od pacjenta, konieczność odpowiedniej aparatury oraz umiarkowana skuteczność oczyszczania mikrobiologicznego, materiał ten zyskuje na popularności. Granulat zęba ułatwia gojenie oraz remodelling kostny. W porównaniu z innymi materiałami ulega wolniejszej resorpcji, a także stanowi doskonałą podporę dla implantów ze względu na obecność grubo- i drobnokrystalicznego hydroksyapatytu. Materiał ten cechuje się całkowitą biozgodnością, co pozwala wyeliminować ryzyko reakcji alergicznych i zakażeń krzyżowych. Ząb autogeny może stanowić zatem dobrą alternatywę do innych materiałów używanych w celu podniesienia zatoki szczękowej.

Przez żołądek do płuc - istota laparoskopowego leczenia GERD po przeszczepieniu płuc

Aleksandra Gil, Katarzyna Hajduk, Michał Krawiec

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Maciej Wiewióra

Wstęp:

Refluks żołądkowo-przełykowy stanowi czynnik ryzyka przewlekłego odrzucania przeszczepu płuc. Choroba refluksowa przełyku (GERD) wiąże się nie tylko z problemami gastrologicznymi, ale również z mikroaspiracją treści żołądkowej oraz stanami zapalnymi płuc, co zwiększa ryzyko rozwinięcia zarostowego zapalenia oskrzelików (BOS). Uszkodzenie wpustu i przełyku spowodowane GERD jest dobrze udokumentowane. Równie istotna wydaje się ocena wpływu GERD na czynność płuc. Laparoskopowe leczenie GERD może okazać się skuteczną metodą prewencji BOS, będącym jednym z głównych powodów odrzucania przeszczepu płuc.

Opisy przypadków:

W niniejszej pracy zaprezentowano wyniki leczenia 5 pacjentów (2 kobiet i 3 mężczyzn) w wieku 23-55 lat, u których w okresie po DLT występował refluks żołądkowo-przełykowy oraz BOS. Wszyscy chorzy zostali poddani laparoskopowej fundoplikacji metodą Toupet. Procedurę wykonano w odstępie 10-68 miesięcy po DLT. Po operacji Toupet u wszystkich uzyskano poprawę wydolności oddechowej i częściowe wycofanie objawów oskrzelowych.

Wnioski:

GERD stanowi powszechny problem wśród pacjentów po DLT. Zabieg laparoskopowej fundoplikacji jest skuteczną opcją, zapewniającą złagodzenie objawów refluksu oraz potencjalną poprawę czynności płuc. Ciężki przebieg GERD u biorców przeszczepu płuc uzasadnia rozważenie laparoskopowej fundoplikacji metodą Toupet, która zapewnia kontrolę refluksu i zmniejszenie dolegliwości przy jednoczesnym zachowaniu czynności płuc.

Rana kluta szyi – stan zagrożenia życia u młodego pacjenta

Jakub Talar, Daniel Szymecki, Antonina Mencil

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Szymon Białka,
prof. SUM**

Wstęp:

Rany klute są to rany zadane ostrymi lub szpiczastymi narzędziami i stanowią 5-10% nagłych urazów potrzebujących szybkiej hospitalizacji. Charakteryzują się raną wklucia, która przechodzi w kanał wklucia. Obecna może też być, nie zawsze występująca, rana wyklucia. Narzędzia penetrując jamy ciała mogą uszkadzać narządy i powodować krwotoki. Najbardziej poważnymi powikłaniami ran klutych szyi są uszkodzenia dużych naczyń szyjnych, nerwów, dróg oddechowych (krtani lub tchawicy), przełyku oraz rdzenia kręgowego. Dodatkowo przerwanie ciągłości powłok skórnych oraz uszkodzenie dróg oddechowych mogą prowadzić do aspiracji powietrza i powodować rozedmę szyjną lub odmę śródpiersiową. W 20-30% przypadków obrażenia są ciężkie, a w 5% prowadzą do zgonu.

Opis przypadku:

Przedstawiamy przypadek 25-letniego mężczyzny przyjętego do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii z powodu ostrej niewydolności oddechowo-krażeniowej. Pacjent został przewieziony z Bloku Operacyjnego po zabiegu cerwikotomii oraz bronchoskopii sztywnej, wykonanych z powodu rany klutej okolicy tarczowej szyi. Przy przyjęciu był w stanie ciężkim, zaintubowany oraz na wlewie noradrenaliny. Ciśnienie tętnicze 105/60 mmHg, akcja serca 110 uderzeń/min, saturacja 98%. Pacjent wymagał szerokiej farmakoterapii i przetaczania preparatów krwi. Wykonane badanie TK (trauma skan) w pierwszej dobie hospitalizacji wykazało masywną rozedmę tkanek miękkich szyi i ściany klatki piersiowej, odmę śródpiersiową oraz odcinkowe wykrzepianie żyły szyi wewnętrznej lewej. W trzeciej dobie hospitalizacji pacjenta ekstubowano bez powikłań. W związku z zaobserwowaną u pacjenta mową bezdźwięczną, zalecono konsultację laryngologiczną. Po konsultacji torakochirurgicznej, w dziewiątej dobie hospitalizacji, męczyzną przytomnego oraz w kontakcie logicznym przekazano do Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej celem dalszego leczenia.

Wnioski:

W stanie zagrożenia życia bardzo ważne jest szybkie zaopatrzenie pacjenta oraz postawienie rozpoznania warunkujące dalsze postępowanie. Rany klute okolicy szyi mogą powodować objawy z różnych układów, dlatego ważne jest multidyscyplinarne podejście do pacjenta. Właściwa analiza wskazań do zabiegu oraz jego precyzyjne wykonanie, mogą zapobiec groźnym powikłaniom związanym z takimi urazami.

Bradykardia zatokowa, napadowe migotanie i atypowe trzepotanie przedsionków u 40-letniej pacjentki z nieprawidłowością głównych naczyń żylnych – wybór optymalnego sposobu leczenia

Dominika Majer, Michał Krawiec, Patrycja Pabis

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekunowie pracy:
prof. dr hab. n. med. Beata
Średniawa
dr hab. n. med. Ewa
Jędrzejczyk-Patej**

Wstęp:

Wrodzone anomalie żył głównych są coraz częściej rozpoznawane u bezobjawowych pacjentów ze względu na rosnącą częstość wykonywania badań obrazowych oraz przezcewnikowych interwencji medycznych. Zmiany te mogą wiązać się z powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi, jak również mają istotne implikacje kliniczne w kardiologii, chirurgii, urologii, torakochirurgii czy kardiologii interwencyjnej. W niniejszej pracy prezentujemy przypadek rzadkiej anomalii naczyniowej pod postacią nieprawidłowego spływu żyły głównej dolnej uchodzącej poprzez żyłę nieparzystą krótką do przetwiałej żyły głównej górnej lewej u chorej z bradykardią zatokową oraz napadowym migotaniem i atypowym trzepotaniem przedsionków.

Opis przypadku:

40-letnia pacjentka z bradykardią oraz licznymi epizodami kołatań serca znacznie upośledzającymi jakość życia pacjentki została przyjęta na oddział kardiologii celem diagnostyki i ustalenia dalszego sposobu leczenia. W badaniu echokardiograficznym uwidoczono prawidłową funkcję skurczową lewej komory serca z frakcją wyrzutową LVEF równą 50%, bez istotnych wad zastawkowych. W badaniu Holter EKG dominowała bradykardia zatokowa ze średnią dobową częstością akcji serca 51/min, liczne epizody migotania przedsionków. Chorą zakwalifikowano do ablacji arytmii. W trakcie zabiegu przejście przewodnikiem przez nakłutą żyłę udową do prawego przedsionka okazało się niemożliwe. Wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej i brzucha uwidaczniając nieprawidłowy spływ żyły głównej dolnej uchodzącej poprzez żyłę nieparzystą krótką do przetwiałej żyły głównej górnej lewej. Ze względu na brak dostępu naczyniowego, koniecznego do ablacji chorą zakwalifikowano do leczenia farmakologicznego arytmii z stałym stosowaniem β -blokerów oraz doraźnym stosowaniem propafenonu. Z uwagi, jednakże na bradykardię chorej wszczepiono po stronie prawej dwujamowy rozrusznik serca. W okresie obserwacji u pacjentki występowały napady atypowego trzepotania przedsionków oraz epizody migotania przedsionków, skąpoobjawowe, ustępujące po zażyciu propafenonu. Odsetek stymulacji przedsionkowej w dalszej obserwacji wyniósł około 62%.

Wnioski:

Nieprawidłowy spływ żyły głównej dolnej może znacznie utrudniać lub uniemożliwiać procedury przeznaczyniowe, takie jak ablacja migotania i trzepotania przedsionków i być przyczyną wyboru alternatywnych metod leczenia arytmii nawet u młodych pacjentów.

Leczenie wewnątrznaczyniowe uszkodzenia aorty przez koronę stent-graftu z wykorzystaniem stent-graftu branch'owego

Grzegorz Zaborowski, Michał Serafin, Marlena Tarsa

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
prof. dr. hab. n. med. Wacław
Kuczmik
dr. n. med. Dorota Łyko-Morawska**

Wstęp:

Wewnątrznaczyniowa implantacja stent-graftu jest aktualnie postępowaniem z wyboru w leczeniu tętniaków aorty brzusznej u pacjentów obciążonych wieloma chorobami. Metoda ta ma znacznie niższy wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej w porównaniu z operacją otwartą. Jednakże po zabiegu niezbędna jest regularna kontrola ze względu na zagrażające życiu powikłania. Leczenie tych powikłań jest przedmiotem sporów.

Opis przypadku:

Osiemdziesięcioletni pacjent został przyjęty w trybie ostro-dyżurowym do oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyń, Angiologii i Flebologii Górnośląskiego Centrum Medycznego im. Leszka Gieca w Katowicach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Ze względu na brak możliwości leczenia w dwóch innych ośrodkach. Przy przyjęciu chory przytomny z zachowanym kontaktem logicznym. Zgłaszał utrzymujące się od dwóch dni dolegliwości bólowe pod lewą łopatką. Na dostarczonym przez pacjenta angio-TK stwierdzono uszkodzenie ściany aorty brzusznej koroną stent-graftu zaimplantowanego 3 lata przed zdarzeniem. Stan ogólny chorego był wskazaniem do natychmiastowej operacji.

Wnioski:

Protezowanie wewnątrznaczyniowe aorty za pomocą stent-graftu branch'owego jest jedną z najlepszych możliwości leczenia tętniaków aorty brzusznej zajmującego tętnice nerkowe i często stanowi jedyną nadzieję dla pacjentów obciążonych wielochorobowo, również w tak rzadkich przypadkach.

Postępowanie terapeutyczne z colobomą oczną - opis przypadku 37-letniej pacjentki z wysoką krótkowzrocznością i colobomą naczyńówki oka prawego

Klaudia Szala

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Sebastian Sirek

Wstęp:

Coloboma jest wrodzoną wadą rozwojową spowodowaną defektem procesu zamknięcia szczeliny pierwotnego pęcherzyka ocznego w trakcie embriogenezy. Może występować jako wada izolowana lub współistnieć jako składowa innych zespołów chorobowych. Lokalizacją colobomy najczęściej jest tęczówka. Z kolei coloboma naczyńówki typowo w badaniu dna oka uwidacznia się w kwadrancie nosowo-dolnym z częściowym lub całkowitym zajęciem tarczy nerwu wzrokowego. Wskaźniki zapadalności w badaniu epidemiologicznym 0,7 na 10 000 wad wrodzonych oczu. Częstość występowania coloboma wśród niewidomych dorosłych obliczono na 0,6-1,9% natomiast wśród dzieci stanowi ona wyższy odsetek przyczyn ślepoty (3,2-11,2%).

Opis przypadku:

37-letnia Pacjentka zgłosiła się celem kontroli i oceny aktualnego stanu miejscowego zdiagnozowanej w dzieciństwie colobomy w obrębie błony naczyniowej w kwadrancie nosowo dolnym z zajęciem tarczy nerwu wzrokowego oka prawego oraz zaawansowanej obuocznej krótkowzroczności z astygmatyzmem. W ocenie statycznego pola widzenia stwierdzono znaczny jego ubytek odpowiadający lokalizacji zmiany.

Wnioski:

Postępowanie w przypadku zdiagnozowanej colobomy obejmuje systematyczne kontrole poziomu ostrości wzroku, oceny odcinka przedniego i dna oka. Powyższe pozwala na długoterminową dobrą jakość życia z zachowaniem użytecznej ostrości wzroku, jednak wtórnie do wady występować mogą powikłania takie jak odwarstwienia siatkówki, zaćma czy neowaskularyzacja naczyńówkowa. W oczach colobomatycznych stosowana witrektomia pars plana z jednoczesowym wykonaniem tamponady z użyciem oleju silikonowego daje statystycznie najlepsze efekty anatomiczne dla odwarstwienia siatkówki, jednak funkcjonalne wyniki odzwierciedlają złożoność choroby. Nadzieję daje metoda autologicznego neurosensorycznego przeszczepu siatkówki celem zapobiegania odwarstwieniu wtórnie do colobomy z zajęciem tarczy nerwu wzrokowego. Dla neowaskularyzacji metodą leczenia jest przede wszystkim laseroterapia, z zadowalającymi efektami regresji neowaskularnej.

SESJA PRZYPADKÓW NIEZABIEGOWYCH III

ROLA SPECT W DIAGNOSTYCE I LECZENIU ANOMALII WIEŃCOWYCH - OPIS PRZYPADKU.....	63
TRANSTHYRETIN AMYLOIDOSIS WITH THE CLINICAL PRESENTATION OF HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY	64
ZASTOSOWANIE FOB WSPOMAGANEJ NIV U PACJENTKI ZE ZDEKOMPENSOWANĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ ODDECHOWĄ TYPU II	65
PERIODIC ACID-SCHIFF HISTOCHEMISTRY STAIN AS A USEFUL SCREENING TEST TO DETECT CARBOHYDRATE-RICH MACROMOLECULES IN THE MYOCARDIAL BIOPSY SPECIMENS	66
DUSZNOŚĆ JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY	67
NOWO ROZPOZNANA CUKRZYCA TYPU 1 U PACJENTKI Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO	68
CYTOREDUCTIVE SURGERY AND HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY (HIPEC) IN THE MANAGEMENT OF SMALL CELL CARCINOMA OF THE OVARY, HYPERCALCEMIC TYPE (SCCOHT): A CASE REPORT.....	69
IMMUNOTERAPIA W RAKU NIEDROBNOKOMÓRKOWYM PŁUCA - OPIS PRZYPADKU.....	70
REGUŁY UWIELBIAJĄ WYJĄTKI - PRZYPADK 60-LETNIEGO MĘŻCZYZNY Z UDAREM ŻYLNYM.....	71

Rola SPECT w diagnostyce i leczeniu anomalii wieńcowych - opis przypadku

Natasza Millan, Katarzyna Mykieta

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Alexander Suchodolski

Wstęp:

SCA (Single Coronary Artery) jest rzadką wadą wrodzoną (0.0024%–0.066% populacji), w której tylko jedna tętnica wieńcowa odchodzi od opuszki aorty. Manifestacja kliniczna wady może przebiegać zarówno bezobjawowo, jak i być bezpośrednią przyczyną nagłej śmierci sercowej, stąd kluczowa w jej przypadku jest wczesna, odpowiednio ukierunkowana diagnostyka, opierająca się między innymi na badaniach obrazowych.

Opis przypadku:

Dwa lata temu 63-letni pacjent został przyjęty w trybie planowym na Oddział Kardiologii z nadciśnieniem, hipercholesterolemią i hiperurykemią. Badanie echokardiograficzne wykazało zachowaną funkcję skurczową lewej i prawej komory, bez istotnych wad zastawkowych. Z uwagi na znaczną miażdżycę naczyń wieńcowych (Calcium Score>400 w skali Agatston), komorowe zaburzenia rytmu podczas testu wysiłkowego oraz dolegliwości dławicowe wykonano koronarografię. Podejrzanie anomalii naczyń wieńcowych potwierdzono następnie badaniem tomografii komputerowej naczyń krwionośnych (angio-TK), które ujawniło obecność pojedynczej, prawej tętnicy wieńcowej (RCA, right coronary artery) i odchodzącej od niej bezpośrednio drobnej lewej t. wieńcowej (LCA, left coronary artery) o nietypowym przebiegu. W wyniku konsultacji kardiochirurgicznej, zlecono wysiłkowe badanie scyntygraficzne serca (SPECT) z zastosowaniem [99mTc]MIBI oraz gated-SPECT (badanie bramkowane zapisem EKG). W badaniu uwidoczniono częściowo odwracalny ubytek perfuzji w zakresie ściany dolnej (dorzecze RCA) oraz koniuszka. Uzyskane wyniki pozwoliły podjąć decyzję o braku konieczności interwencji kardiochirurgicznej. Wszczepiony został podskórnie rejestrator arytmii (ILR, implantable loop recorder). Kontrolne badanie SPECT przeprowadzone rok później, nie wykazało pogorszenia stanu klinicznego pacjenta. W badaniu UKG zachowana funkcja skurczowa lewej komory z LVEF = 52%.

Wnioski:

Rozszerzenie metod diagnostycznych o badanie SPECT pozwoliło uniknąć zabiegu operacyjnego u pacjenta. Jest to technika stosunkowo tania, o niewielkiej ilości skutków ubocznych, stąd powinno zostać rozważone jej częstsze zastosowanie w kwalifikacji pacjentów kardiologicznych do procedur inwazyjnych, które zawsze niosą za sobą możliwe powikłania, dodatkowy stres dla pacjenta oraz obciążenie finansowe systemu opieki zdrowotnej.

Transthyretin amyloidosis with the clinical presentation of hypertrophic cardiomyopathy

Jakub Kancerek, Paweł Łajczak, Maciej Baron

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med. Romuald
Wojnicz**

Introduction:

Amyloidosis is an uncommon condition characterized by the deposition of a beta pleated sheet protein throughout the body. Tissue diagnosis remains the gold standard for making the diagnosis of amyloidosis. Transthyretin amyloidosis (TTR) is the second most common cardiac amyloidosis with clinical presentation of restrictive or hypertrophic cardiomyopathy. There are two different types of TTR - wild and variant type, they become misfolding, aggregate, and form ultimately amyloid fibrils.

Case report:

33-year-old man with hypertrophic cardiomyopathy (concentric hypertrophy of intraventricular septum) was undertaken to endomyocardial biopsy due to clinical suspicion of amyloidosis. The patient underwent atrial flutter ablation twice due to atrial flutter. For detection of amyloid deposits, histochemistry Congo red staining was performed. In addition, for amyloid differentiation immunohistochemistry reactions for the presence of AA protein, TTR protein and light chains protein was performed using a Leica Bond MAX autostainer and mono- and polyclonal antibodies with a positive and negative controls. Congo red staining on cryostat sections was positive for the presence of amyloid deposits. Immunohistological amyloid typing revealed the presence of TTR type of amyloidosis.

Conclusion:

Immunohistochemistry tissue amyloid typing is a useful method for differentiation among different types of amyloid deposits in the cardiac biopsy specimens.

Zastosowanie FOB wspomaganej NIV u pacjentki ze zdekompensowaną niewydolnością oddechową typu II

Natalia Denisiewicz, Sara Rakotoarison, Zofia Graca

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Aleksandra Oraczewska**

Wstęp:

Do rozwoju hiperkapnicznej niewydolności oddechowej przyczynia się wiele czynników, z czego najważniejszym jest zmniejszenie wentylacji. NIV (non-invasive ventilation) jest techniką, która skutecznie działa na hipowentylację. Została powszechnie przyjęta jako standardowe leczenie pacjentów z niewydolnością oddechową. Bronchofiberoskopia, którą przeprowadzono u pacjentki z niewydolnością oddechową typu II i POChP, może powodować zwężanie dróg oddechowych. Połączenie bronchofiberoskopii z NIV może zwiększyć bezpieczeństwo badania.

Opis przypadku:

76-letnia kobieta, została przewieziona do szpitalnego oddziału ratunkowego z powodu duszności oraz zaostrzenia przewlekłej niewydolności oddechowej. W wywiadzie dodatkowo POChP- liczne zaostrzenia, niedokrwistość, stan po dekortekcji prawego płuca w wyniku ropnia, nadciśnienie, przewlekła niewydolność serca. Pacjentka od 10 lat znajduje się pod opieką domowego zespołu NIV. Wcześniej, hospitalizowana na oddziale pulmonologii z powodu infekcyjnego zaostrzenia POChP. W wywiadzie 30 paczkolat, nie pali od 5 lat. Pacjentka przytomna, w logicznym kontakcie, tlenoterapia bierna, z przepływem 4 l/min. Duszność, 4 punkty w skali mMRC. Trzeszczenia u podstawy, bez odkrztuszania płwociny. Parametr zapalny CRP nieznacznie podwyższony. Badanie gazometryczne wskazuje na kwasicę oddechową skompensowaną. Podejrzewano nieinfekcyjne zaostrzenie POChP. Włączono leczenie, na które składały się, budezonid i SABA w nebulizacji, oraz LABA + LAMA, metyloprednizolon, nie podano antybiotyków. W dzień pacjentka na tlenoterapii z przepływem 2-4 l/min. W nocy aparat NIV. Leczenie pierwszego rzutu bez oczekiwanych efektów, stan kliniczny pogorszył się. Wzrost parametrów zapalnych. Wystąpiła silna duszność, tachypnoe, gorączka. Podejrzewano odoskrzelowe zapalenie płuc. Przeprowadzono bronchofiberoskopię (FOB) wspomaganą NIV w celu oczyszczenia drzewa oskrzelowego i pobraniu próbki do badania bakteriologicznego. Bronchofiberoskopia wykazała znaczną liczbę czopów śluzowo ropnych, obrzęk błony śluzowej. Wirusowa metoda PCR wykazała obecność Legionella pneumoniae. Wdrożono leczenie lewofloksacyną i HFNOT. Spadły parametry zapalne. Poprawa gazometrii.

Wnioski:

Bronchofiberoskopia może stać się istotną metodą diagnostyczną, a także opcją leczenia wentylowanych pacjentów. Ponadto procedura wspomaganą NIV jest dobrym wyborem dla pacjentów z ciężką niewydolnością oddechową typu II z utrudnionym usuwaniem dwutlenku węgla.

Periodic acid-Schiff histochemistry stain as a useful screening test to detect carbohydrate-rich macromolecules in the myocardial biopsy specimens

Paweł Łajczak, Jakub Kancerek, Marcin Rojek

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med. Romuald
Wojnicz**

Introduction:

Glycogen storage diseases (GSD) are a group of metabolic disorders that affect glycogen or glucose metabolism due to the deficiency or dysfunction of enzymes or transport proteins. Danon disease is an X-linked disorder caused by mutations in the LAMP2 gene, which encodes a lysosomal membrane protein. Pompe disease is an autosomal recessive disorder caused by mutations in the GAA gene, which encodes a lysosomal enzyme, acid alpha-glucosidase. Both conditions are characterized by lysosomal accumulation of glycogen, resulting in progressive muscle weakness, cardiomyopathy, and respiratory impairment. The periodic acid-Schiff reaction (PAS) stains carbohydrates and carbohydrate-rich macromolecules such as glycogen in cells, mucus, and reticular fibers in connective tissue. This method can be combined with other histochemistry and immunohistochemistry stains for differentiation among various types of carbohydrates or to identify specific cell types or structures.

Case reports:

The aim of this study was to present the usefulness of PAS stain in myocardial tissue specimens taken from two cases with clinically suspected GSD. Both of these cases demonstrated hypertrophic cardiomyopathy (HCM) on clinical ground. The first case was 56-year-old female with HCM accompanied by the third-degree atrioventricular block and sudden cardiac death. The final post-mortem diagnosis was Danon disease based on genetic and electron microscopy studies. The second case was a 10-year-old child with HCM alone underwent heart transplantation surgery. The genetic and histological studies of the myocardial sections taken from explanted heart revealed the presence of Pompe disease. In both cases, the PAS stain was highly positive (Figure 1 & Figure 2).

Conclusions:

The periodic acid-Schiff stain is a useful screening test that helps guide to further diagnostic procedures and final diagnosis making.

Duszność jako problem interdyscyplinarny

Anna Hamerla, Anna Kaźmierska, Magdalena Bodera

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Magdalena Latos**

Wstęp:

Duszność to subiektywne odczucie braku powietrza lub trudności w oddychaniu. Nie jest ona jednak objawem patognomicznym wskazującym na konkretną jednostkę chorobową. Może wystąpić między innymi jako objaw: chorób śródmiąższowych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, niewydolności serca, nowotworów oraz chorób laryngologicznych. Z tego powodu należy mieć to na uwadze i przeprowadzić szczegółową diagnostykę różnicową pacjenta.

Opis przypadku:

38-letni chory został skierowany do Oddziału Chorób Płuc celem diagnostyki duszności z podejrzeniem astmy oskrzelowej. Podczas hospitalizacji wykonano u niego badania laboratoryjne, czynnościowe, obrazowe i bronchoskopowe. W wywiadzie 20 paczkolet. W gazometrii pacjent wydolny oddechemo. W teście marszu 6 minutowego wynik był w granicach normy-pacjent przebył dystans 580m (norma wg CHETTA 524m) z desaturacją do 89%. W bodypletyzmografii cechy rozdęcia płuc, w spirometrii odnotowano cechy obturacji. W TK w obu płucach płaskie obszary niedodmowe. W tylnych zachyłkach przeponowo-żebrowych obu płuc rozmyte obszary matowej szyby. W związku ze zmianami opisanymi w badaniu obrazowym zdecydowano się na poszerzenie diagnostyki o badanie bronchoskopowe. W badaniu uwidoczniło w okolicy wejścia do krtani, na fałdzie głosowym prawym masywną zmianę guzową, która uniemożliwiła wejście instrumentu przez krtani do tchawicy. Pobrano wycinki do badań histopatologicznych. Ze względu na całokształt obrazu klinicznego i wyniki badań wysunięto podejrzenie choroby rozrostowej krtani.

Wnioski:

Powyższy przypadek pokazuje, że choroby krtani mogą mieć wiele niespecyficznych symptomów, które początkowo mogą prowadzić do niewłaściwej diagnozy. Dowodzi on także o konieczności przeprowadzenia szczególnie dokładnej diagnostyki klinicznej i radiologicznej.

Nowo rozpoznana cukrzyca typu 1 u Pacjentki z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

Aleksandra Gąsior, Michał Dróżdż, Michał Azierski

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
lek. Anna Dróżdż

Wstęp:

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) oraz jedno z jego pozajelitowych powikłań pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych (PSC) tak jak cukrzyca typu 1 mogą być wywołane procesem autoimmunologicznym. Wykazano około 5-krotnie większe ryzyko występowania nieswoistych chorób zapalnych jelit u osób chorych na cukrzycę typu 1 w stosunku do osób zdrowych.

Opis przypadku:

24-letnia Pacjentka leczona biologicznie Entyvio (wedolizumab) z powodu WZJG oraz PSC zgłosiła się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu ogólnego osłabienia, pogorszenia tolerancji wysiłku fizycznego oraz polidypsji i poliurii. W wywiadzie zgłaszała spadek masy ciała o około 10 kilogramów w przeciągu 2 miesięcy. Wykonano badanie glikemii, którego wynik wyniósł >28 mmol/L (norma: 3,9-5,5 mmol/L). Pacjentka została przyjęta w trybie nagłym do Kliniki Chorób Wewnętrznych w celu ustabilizowania jej stanu oraz dalszej diagnostyki. Wykonano gazometrię, w której uwidoczono kwasicę ($\text{pH}=7,3$). Oznaczono także poziom ciał ketonowych w moczu (wynik: 7,4 mmol/L) (norma: do 0,2 mmol/L) oraz poziom glukozy w moczu (183,5 mmol/L) (norma: wynik ujemny). W dodatkowych badaniach laboratoryjnych: poziom HbA1C 10,4%, Peptyd C: 0,56 ng/mL (norma: 1,2-1,8 ng/mL), przeciwciała przeciwko dekarboksylazie glutaminianu (anty-GAD): 598,7 IU/mL (norma 0-10 IU/ml). Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań laboratoryjnych rozpoznano cukrzycę typu 1. Wprowadzono intensywną insulinoterapię z wykorzystaniem pompy a następnie wstrzyknięć insulin szybko (NovoRapid) oraz długo (Insulatard) działających pod kontrolą glikemii. Pacjentkę przeszkolono z zasad diety cukrzycowej oraz z samodzielnej podaży insuliny oraz obsługi pena i glukometru. Założono system monitorowania glikemii Freestyle Libre 2. Wyrównano poziom glikemii oraz przywrócono równowagę elektrolitową, Pacjentkę skierowano do Poradni Diabetologicznej i w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu.

Wnioski:

Występowanie jednej choroby o etiologii autoimmunologicznej może zwiększać szanse występowania kolejnych. Kluczowe jest holistyczne podejście do każdego pacjenta.

Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) in the Management of Small Cell Carcinoma of the Ovary, Hypercalcemic Type (SCCOHT): A Case Report

Patrycja Jaworska

Gdański Uniwersytet Medyczny

**Opiekun pracy:
dr n. med. Stefan Anzelewicz**

Introduction:

Small Cell Carcinoma of the Ovary, Hypercalcemic Type (SCCOHT), represents a particularly aggressive ovarian malignancy characterized by early onset and a predominantly dismal prognosis. The pathogenesis is frequently associated with deleterious mutations in the SMARCA4 gene, a critical component of the SWI/SNF chromatin remodelling complex, which has implications for tumorigenesis and disease progression. Hypercalcemia is a common concurrent clinical manifestation observed in over 60% of patients. Young females, particularly those between the ages of 10 and 49, are predominantly affected by this malignancy.

Case report:

This case report details the clinical journey of a 14-year-old female patient with SCCOHT, focusing on the therapeutic challenges encountered following the failure of initial surgical and chemotherapeutic interventions. Diagnostic imaging identified a primary tumoral mass in the right ovary, with dimensions of 12x13x17 cm. The patient underwent surgical resection and initial chemotherapy with Vincristine and Actinomycin (VCR+ACT). Subsequent histopathological findings warranted the administration of VPCBAE chemotherapy regimen. Despite these interventions, rapid disease progression with widespread abdominal metastases and a probable metastatic lesion in the right lung was observed. The patient was then subjected to Cytoreductive Surgery (CCRS) and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) as a salvage treatment on January 30, 2024. Notwithstanding these extensive measures, the patient's condition deteriorated, necessitating a shift to palliative care alongside an investigative pembrolizumab antibody therapy.

Conclusions:

The rarity of SCCOHT poses significant challenges in establishing standardized treatment protocols. In this instance, CCRS combined with VPCBAE chemotherapy and HIPEC emerged as a conventional treatment strategy. While initial chemosensitivity was observed, the risk of recurrence remained high, and subsequent chemotherapeutic efficacy was limited. This case underscores the need for further research into novel therapeutic approaches and potential genetic determinants of treatment response in SCCOHT.

Immunoterapia w raku niedrobnokomórkowym płuca - opis przypadku

Krzysztof Leś, Robert Kaleta, Jakub Kołodziej

Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach

Opiekun pracy:
lek. Aleksandra Oraczewska

Wstęp:

Rak płuc jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci spowodowanych chorobą nowotworową. Pomimo rozwoju narzędzi diagnostycznych i skutecznych metod leczenia, pozostaje on w czołówce zachorowalności w Polsce i na świecie. Charakterystyka molekularna pogłębiła wiedzę na temat budowy komórkowej i metabolizmu każdego z podtypów, co pozwala na coraz precyzyjniejsze dobieranie terapii i poprawę skuteczności leczenia.

Opis przypadku:

Mężczyzna, 67 lat, z rakiem płaskonabłonkowym płuca lewego z przerzutami do węzłów chłonnych śródpiersia i przerzutami do obu płuc, z płynem w lewej jamie opłucnowej został skierowany celem leczenia systemowego. We wrześniu 2022 rozpoczął chemioterapię w oparciu o schemat: karboplatyna, navelbina. Chory otrzymał 3 cykle leczenia powikłane hematologicznie: niedokrwistością, neutropenią 3 stopnia. Otrzymywał koncentrat krwinek czerwonych oraz czynniki wzrostu dla granulocytów. Z uwagi na powikłania zakończono chemioterapię. W kontrolnej TK klatki piersiowej stwierdzono regresję węzłową, przy stabilnej ilości płynu. Po konsultacji onkologicznej, z uwagi na płyn w opłucnej zdyskwalifikowany z radioterapii i zakwalifikowany do leczenia w 2 linii immunoterapii: atezolizumab. W kontrolnych TK kłp utrzymywały się stabilizacja zmian targetowych oraz zmniejszenie płynu w opłucnej. W kontrolnych badaniach rozpoznano hiperkreatyninemię 1 stopnia, bez białkomoczu. Odstawiono NLPZ oraz leki z grupy IPP, włączono leki moczopędne, uzyskując poprawę. Z uwagi na narastającą hiperkreatyninemię włączono prednisolon i kontynuowano immunoterapię. W listopadzie 2023 pojawiły się zmiany guzowate miękkotkankowe na głowie w okolicy czołowej, zausznej, łędźwiowej. Wykonano biopsję zmiany głowy, uzyskując komórki nowotworowe. W kontrolnej TK opisano stabilizację choroby, oraz TK głowy podczas którego nie stwierdzono cech rozsiewu. Z uwagi na pojawienie się nowych zmian przerzutowych zakończono immunoterapię. Chory został zakwalifikowany do 3 linii leczenia chemioterapii według schematu: karboplatyna, paklitaxel oraz został zakwalifikowany do radioterapii zmian na głowie.

Wnioski:

Współczesne metody dzięki charakterystyce molekularnej nowotworów płuc osiągają coraz lepsze wyniki leczenia. Nadal potrzebne jest prowadzenia dalszych badań. Dalszy rozwój farmakoterapii celowanej jest konieczny w celu ciągłej poprawy skuteczności dzisiejszych metod.

Reguły uwielbiają wyjątki - przypadek 60-letniego mężczyzny z udarem żylnym

Iga Machała, Maciej Łydko

**Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Joanna Siuda**

Wstęp:

Udar żylny jest rzadką jednostką chorobową stanowiącą 0,5-1% incydentów udarowych. Najczęściej dotyczy osób w wieku 20-40 lat, 3-krotnie częściej kobiet. Różnorodność oraz brak specyficzności objawów klinicznych w przebiegu tej choroby często przysparza trudności w postawieniu odpowiedniego rozpoznania, co może przekładać się na rokowanie.

Opis przypadku:

Opisywany pacjent to 60-letni mężczyzna przywieziony przez Zespół Ratownictwa Medycznego z powodu wystąpienia pojedynczego uogólnionego napadu toniczno–klonicznego. Od kilku dni u pacjenta występowały ból głowy, nudności, światłowstręt oraz splątanie. W wywiadzie leczona hipercholesterolemia, stan po dwóch zabiegach okulistycznych, nieokreślony problem z prostatą. W badaniu neurologicznym opisano asymetrię źrenic, odruchy głębokie mocniej wyrażone po stronie prawej, objaw Babińskiego dodatni obustronnie. W badaniach laboratoryjnych uwagę zwracały podwyższone poziomy D-dimerów, troponin, proBNP, CKMB oraz skrócone czasy krzepnięcia. Dodatkowo oznaczono obniżony poziom witamin B12 i D3 oraz podwyższony poziom homocysteiny. W badaniu tomografii komputerowej opisano zmiany hiperdensyjne w topografii lewej zatoki poprzecznej i esowatej oraz ostry krwiak śródmózgowy na granicy płata potylicznego I skroniowego, natomiast w Angio-TK opisano brak zakontrastowania zatoki poprzecznej i esowatej po stronie lewej, a także ubytek zakontrastowania prawej żyły wewnętrznej mózgu. Na podstawie przedstawionych badań postawiono rozpoznanie ukwotocznionego zawału żylnego mózgu w przebiegu zakrzepicy zatoki poprzecznej i esowatej. W leczeniu zastosowano heparyny drobnocząsteczkowe, kwas walproinowy, leki przeciwbólowe i przeciwobrzękowe.

Wnioski:

Przedstawiony pacjent jako 60-letni mężczyzna epidemiologicznie nie należy grupy ryzyka udaru żylnego. Niniejszy przypadek ma na celu zwiększenie świadomości lekarzy na temat cech klinicznych i radiologicznych tej jednostki chorobowej oraz jej czynników ryzyka. Stanowi również przypomnienie, że jednostki chorobowe czasem przebiegają wbrew statystykom.