

ABSTRACTS' BOOK

WINTER CASE CUP



Conference organized in Hostel PTTK Hala Miziowa
28th February - 2nd March



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. Wierzimy, 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 2025 jest



**Studenckie Towarzystwo Naukowe
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

Komitet Organizacyjny:

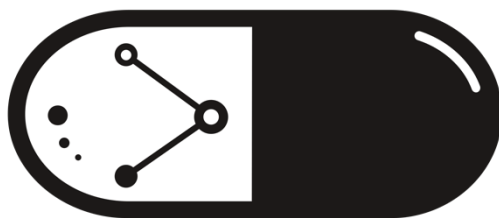
**Aleksandra Nasiek,
Jakub Fiegler-Rudol,
Piotr Ziobro,
Małgorzata Toroń**

Pomoc techniczna:

Michał Nowak

PODZIĘKOWANIA DLA SPONSORÓW

medycyna **praktyczna**



więcej niż LEK



EgzaminLEK.pl

LEPOLEK

SESJA PRZYPADKÓW INTERNISTYCZNYCH I

Komplikacje związane z migracją stentu wewnątrznaczyniowego – od diagnostyki po leczenie	5
Do not stop at one ! More than one congenital and abnormality in young female with acute pulmonary emboli	6
Przebieg przewlekłej choroby nerek u pacjentki z zespołem Fanconiego-Bickela.	7
Nagle zatrzymanie krążenia u młodej chorej z MVP – bez wątpliwości co do implantacji ICD, na co jeszcze zwrócić uwagę ?	8
Pułapki w diagnostyce zmian ogniskowych płuc	9
Czy droga pacjenta z poradni chorób rzadkich zakończy się w ośrodku transplantacyjnym? - przypadek młodego pacjenta z tętniakiem LAD	10
Effective Management of Severe Chemotherapy-Induced Oral Mucositis Using Laser Photobiomodulation Therapy: A Case Report.	11
Rzadkie przypadki rozsiewu czerniaka do OUN przez płyn mózgowo rdzeniowy i potencjalne znaczenie dla tego procesu leków z grupy SSRI – analiza przypadków.	12
Meandry terapii nefropatii „zmian minimalnych” w przebiegu wczesnego trójmiejowego raka piersi.	13

Komplikacje związane z migracją stentu wewnątrznaczyniowego – od diagnostyki po leczenie

Anna Żlik, Dariusz Kucias, Aleksandra Korus

SKN przy Katedrze i Klinice Kardiologii i Elektroterapii SUM

**Opiekun pracy:
lek. Alexander Suchodolski**

Wstęp: Przemieszczenie niewieńcowych stentów wewnątrznaczyniowych jest rzadkim powikłaniem, występującym u około 2,7% pacjentów z co najmniej jednym wszczepionym stentem. Preferowaną strategią postępowania jest zwykle minimalnie inwazyjny zabieg przezskórny. Operacja metodą klasyczną jest alternatywą, gdy zawiodą metody mniej inwazyjne, może jednak wiązać się z powikłaniami, w tym zaburzeniami rytmu serca.

Opis przypadku: 44-letnia kobieta z historią przetrwałego otworu owalnego, przeszła zabieg wszczepienia rozrusznika serca po zatrzymaniu krążenia w mechanizmie asystolii. W wywiadzie – dziesięć lat po implantacji, stymulator usunięto chirurgicznie z powodu zakrzepicy i zespołu żyły głównej górnej. Następnie wszczepiono dwa stenty do żyły głównej górnej (SVC) i żyły ramienno-głowej. Aktualnie u pacjentki stwierdzono arytmie przedsionkowe. Wykonano echokardiografię oraz tomografię komputerową z kontrastem, gdzie uwidoczono migrujący stent z SVC do prawego przedsionka. Stent, sięgając 4 cm do przedsionka, nie zaburzał jednak jego funkcji, ani pracy zastawki trójdzielnej. Dwa miesiące później pacjentka przeszła operację usunięcia stentu. Zabieg chirurgiczny przeprowadzono z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Drenaż SVC i rekonstrukcję prawego przedsionka wykonano przy użyciu łąty osierdziejowej bez powikłań śródoperacyjnych. Po usunięciu przemieszczonego stentu wykryto blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia. Pacjentka została zakwalifikowana do implantacji bezelektrodowego rozrusznika serca. Miesiąc później pacjentka przeszła procedurę wszczepienia stymulatora, która przebiegła bez powikłań. Chora została wypisana w stanie ogólnym dobrym.

Wnioski: Zarówno sam stent migrujący do jam serca, jak i jego usunięcie mogą być przyczyną arytmii i zaburzeń przewodzenia, a ostatecznie wymagać implantacji rozrusznika serca. W opisanym przypadku, gdy doszło do odległego powikłania po wszczepieniu klasycznego urządzenia, zastosowanie bezelektrodowego stymulatora serca stanowiło trwałe i skuteczne rozwiązanie.

Do not stop at one! More than one congenital and abnormality in young female with acute pulmonary emboli

Wiktoria Donocik, Aleksandra Spirkowicz

**Studenckie Koło Naukowe przy
I Klinice i Katedrze Kardiologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med.
Katarzyna Mizia- Stec,
dr n. med Dominika Dziadosz**

Background: Pulmonary embolism (PE) remains a life-threatening condition requiring prompt diagnosis and treatment. It is burdened with age, immobilization, medication, pregnancy, cardiovascular diseases and obesity. We present a 21-year-old female with a medical history of asthma, renal agenesis, and situs inversus, who was admitted to the hospital with an intermediate-high risk PE.

Case: Patient had previously been treated for a respiratory tract infection causing an asthma exacerbation, but her symptoms persisted. Upon admission she presented with dyspnea, exercise intolerance (NYHA class III), productive cough, presyncope. Physical examination revealed expiratory wheezes, bilateral crackles, facial swelling, oxygen saturation of 88% requiring high-flow oxygen therapy. Laboratory tests showed elevated inflammatory markers, troponins, NT-proBNP, hyperlipidemia, hypoalbuminemia, proteinuria (2.635g/24h). The ECG was abnormal. Transthoracic echocardiography revealed right ventricular enlargement, paradoxical septal motion, D-shape of left ventricle with ejection fraction of 55% and moderate pulmonary regurgitation. Angio-CT confirmed a massive thrombus in the pulmonary trunk, extending into subsegmental arteries, alongside anatomical anomalies related to situs inversus, hepatic veins followed by combined vessel trunk into the right heart atrium, occluded inferior cava vein, enlarged azygos vein. Due to anatomical challenges, thrombectomy was unsuccessful and systemic thrombolysis was initiated via the femoral vein. Treatment also included, unfractionated heparin, salbutamol, ipratropium bromide, intravenous glucocorticoids and antibiotics. Tests towards lupus, antiphospholipid syndrome, coagulopathies were negative. Rapid antigen SARS-CoV-2, influenza A, B tests were also negative, while adenovirus infection was confirmed. The risk of kidney biopsy was too high due to renal agenesis and high bleeding risk. Upon clinical improvement, stable cardiovascular condition the patient was transferred to the nephrology department for further diagnostics of proteinuria.

Conclusions: This case highlights the complexity of managing PE, especially in a young patient with multiple comorbidities and anatomical anomalies. It highlights the importance of a multidisciplinary approach and individualized treatment strategy in such challenging cases.

Przebieg przewlekłej choroby nerek u pacjentki z zespołem Fanconiego-Bickela

Magdalena Zawadzka, Natalia Greń, Aleksandra Witos

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

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

Wstęp: Zespół Fanconiego-Bickela (FBS) to rzadkie, autosomalne recesywne zaburzenie metaboliczne spowodowane mutacją w genie GLUT2. Charakteryzuje się zaburzeniami magazynowania glikogenu, dysfunkcją nerek oraz nieprawidłowym metabolizmem glukozy i galaktozy. Do 2000r. opisanych było 100 przypadków takich chorych na świecie.

Opis przypadku: 48-letnia pacjentka z FBS rozpoznanym w 2 miesiącu życia z pierwszymi objawami w postaci polidypsji i poliurii, następnie zaburzeniami rozwoju ruchowego i osteodystrofią, kamicą nerkową i przewlekle postępującą chorobą nerek. Ostateczne rozpoznanie postawiono na podstawie biopsji wątroby. Chora osiągnęła wzrost 135 cm. W wieku 33 i 37 lat pacjentka zaszła w ciążę, w przebiegu których wymagała hemodializ 6 razy w tygodniu. W trakcie ciąży wystąpiły powikłania, w tym cholestaza ciążowa i wielowodzie. Pomimo tych trudności, dzieci urodziły się zdrowe i rozwijały się prawidłowo. Po pierwszej ciąży możliwy był powrót do leczenia zachowawczego PChN, po drugiej pacjentkę włączono w program przewlekłych hemodializ (zabiegi 2 razy w tygodniu przy użyciu przetoki tętniczko-żylnnej), w którym pozostawała przez 11 lat.

Wnioski: Pacjentka jest najprawdopodobniej jedyną opisaną w literaturze medycznej chorą z FBS i zaawansowaną chorobą nerek, która urodziła dwójkę dzieci. Przypadek ten potwierdza, że jest to możliwe przy intensywnym leczeniu, w tym regularnej hemodializie i ścisłym monitorowaniu. Kluczowe jest kontrolowanie poziomu mocznika, glikemii oraz wczesne wykrywanie powikłań, takich jak cholestaza czy infekcje dróg moczowych.

Nagle zatrzymanie krążenia u młodej chorej z MVP – bez wątpliwości co do implantacji ICD, na co jeszcze zwrócić uwagę ?

Monika Bonczek, Joanna Rak

SKN I Katedra i Klinika Kardiologii

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

Wstęp: Wypadanie płotka zastawki mitralnej (MVP) to przemieszczenie części płotka lub płatków do lewego przedsionka podczas skurczu lewej komory w wyniku zmian płatków i strun ścięgnistych. Przebieg MVP jest zróżnicowany – od najczęstszych postaci łagodnych i bezobjawowych do obciążonych dużym ryzykiem zgonu z powodu występowania złożonych arytmii komorowych. Szacuje się, że nawet 4-7% nagłych zgonów młodych dorosłych jest związanych z MVP.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 31-letniej, dotychczas zdrowej kobiety po incydencie pozaszpitalnego nagłego zatrzymania krążenia (NZK). Na miejscu rozpoznano rytm defibrylacyjny i wykonano 4 defibrylacje. Następnie pacjentkę hospitalizowano w OIT. Po 8 dobach nastąpił powrót świadomości i przekazanie pacjentki do I Kliniki Kardiologii celem dalszej diagnostyki i leczenia. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu osłuchowo klik wypadania płatków zastawki mitralnej. W badaniach laboratoryjnych bez istotnych odchyień. W EKG rytm zatokowy, normogram, ujemne i dodatnio-ujemne załamki T w odprowadzeniach II, III, aVF, V5- V6. W badaniu echokardiograficznym potwierdzono wypadanie pogrubiałych płatków zastawki mitralnej z jej umiarkowaną niedomykalnością, dodatkowo z obecnością dysjunkcji pierścienia mitralnego (MAD). Funkcja skurczowa lewej komory i wymiary jam serca prawidłowe, nie uwidoczniło innych wad zastawkowych. Wykonano MRI serca, który potwierdził MVP, a dodatkowo wykazał obraz sugerujący podostre zapalenie mięśnia sercowego. Rejestracja holterowska wykazała obecność licznych ekstrasystoli komorowych polimorficznych z długimi okresami bigeminy komorowej, po włączeniu flekainidu nie uzyskano poprawy. Pacjentka została zakwalifikowana do implantacji podskórnego kardiowertera-defibrylatora (ICD) celem prewencji wtórnej nagłego zgonu sercowego. Zaplanowano kontrolną hospitalizację za 3 miesiące i ocenę chorej pod kątem zaburzeń rytmu serca oraz zapalenia miokardium.

Wnioski: Aktualne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego nie uwzględniają MVP wśród wskazań do implantacji ICD w ramach prewencji pierwotnej nagłego zgonu sercowego. U chorych z MVP po incydencie NZK wskazania co do implantacji są jednoznaczne. Należy uwzględnić MVP, jak i inne przyczyny np. zapalenie mięśnia sercowego, kanałopatie, w diagnostyce różnicowej przyczyn NZK w grupie młodych dorosłych.

Pułapki w diagnostyce zmian ogniskowych płuc

Mikołaj Rycerski, Maciej Osman, Paulina Kluszczyk

**Studenckie Koło Naukowe Przy
Katedrze i Klinice Chorób Płuc
i Gruźlicy**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Szymon
Skoczylski Prof. SUM,
dr n. med. Michał Zieliński**

Wstęp: Migotanie przedsionków (AF) to rodzaj tachyarytmii nadkomorowej, który stanowi najczęstszy typ zaburzeń rytmu serca. Skuteczną i bezpieczną formą leczenia AF jest abłacja przezskórna. W związku ze zwiększającą się powszechnością stosowania tej metody, ryzyko wystąpienia rzadkich powikłań wzrasta. W takich sytuacjach trzeba rozważyć dalszy plan postępowania, ale co jeśli objawy są niespecyficzne?

Opis przypadku: W lipcu 2023 roku 65-letni pacjent z cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym, napadowym AF po jednokrotnej próbie abłacji w 2021 roku, nikotynizmem (40 paczko-lat), sporadycznym suchym kaszlem oraz niezamierzoną utratą 5 kg w ostatnich miesiącach w wywiadzie, został skierowany na oddział pulmonologii w celu poszerzenia diagnostyki guza 3 segmentu lewego płuca (LP). Zaplanowana została biopsja pod kontrolą tomografii komputerowej (TK) guza 14x11mm. W wyniku biopsji uzyskano materiał, w którym nie stwierdzono komórek nowotworowych. We wrześniu 2023 roku, pacjent wymagał ponownej hospitalizacji z uwagi na pojawienie się krwiopłucia, z powodu którego zrezygnował z leczenia przeciwkrzepliwego. Wykonano bronchoskopię, uwidoczniającą poszerzenie naczyń błony śluzowej. Przy próbie ponownego zastosowania rywaroksabanu krwiopłucie powróciło. W listopadzie 2023 rozpoznano rozsiane krwawienie pęcherzykowe, włączono glikokortykosteroidy systemowe (GKS) 0,5 mg/kg/mc. W czerwcu 2024 roku pacjent został ponownie przyjęty na oddział w celu weryfikacji rozpoznania po 7 miesiącach leczenia GKS. W wywiadzie okresowe krwiopłucie oraz spadek tolerancji wysiłku. Wykonano TK- klatki piersiowej, na podstawie którego zlokalizowano zmiany o charakterze mlecznej szyby w płacie górnym płuca lewego, dodatkowo rozpoznano stenozę żyły płucnej lewej, która na podstawie danych literaturowych jest rzadkim powikłaniem abłacji – odstawiono GKS, skierowano pod opiekę kardiologiczną.

Wnioski: Pomimo dużej powszechności zastosowania abłacji w AF oraz niskiego ryzyka związanego z zastosowaniem metody, należy mieć na uwadze potencjalne powikłania. Objawy związane ze stenozą żył płucnych są niespecyficzne i obejmują duszność, kaszel, zmęczenie, bóle w klatce piersiowej oraz krwiopłucie. Ten przypadek pokazuje, jak dwie odmienne grupy chorób mogą mieć podobne objawy, prowadząc do wydłużenia czasu diagnostyki.

Czy droga pacjenta z poradni chorób rzadkich zakończy się w ośrodku transplantacyjnym? - przypadek młodego pacjenta z tętniakiem LAD

Miłosz Kasprzyk, Wiktoria Laskowska, Radosław Szczerba

**Studenckie Koło Naukowe przy
I Katedrze i Klinice Kardiologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

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

Wstęp: Choroba IgG4-zależna może manifestować się na wiele sposobów. Ma przewlekły, nawrotowy przebieg, a zapalno-włókniejące nacieki prowadzą do upośledzenia funkcji narządów. Jedną z postaci IgG4-RD jest zajęcie naczyń - zarówno żylnych, jak i tętniczych, powodując ich zapalenie, zwężenia lub tętniaki. Prezentujemy skomplikowaną historię młodego pacjenta z tętniakiem naczynia wieńcowego oraz trzykrotnym epizodem zawału mięśnia sercowego.

Opis przypadku: Obecnie 45-letni pacjent bez wcześniejszych obciążeń kardiologicznych leczony w Poradni Chorób Rzadkich z powodu choroby IgG4-zależnej, przyjmowany był w trybie ostrożyrowym z powodu epizodu bólu stenokardialnego czterokrotnie na przestrzeni 8 lat. Podczas pierwszego epizodu w wieku 38 lat rozpoznano zawał NSTEMI typu II oraz tętniakowate poszerzenie LM i LAD bez zmian zwężających. Nie implantowano stentu, pacjenta bez dolegliwości wypisano do domu. 6 lat później pacjent został przyjęty z powodu kolejnych silnych dolegliwości stenokardialnych. Z powodu narastających stężeń markerów martwicy mięśnia sercowego oraz zmian w EKG rozpoznano STEMI. W koronarografii uwidoczniono wielonaczyniową chorobę wieńcową ze znaczną progresją w stosunku do poprzedniego badania, skutecznie udrożniono amputowaną RCA z implantacją 3 stentów DES. Rok później wystąpił epizod kolejnego spoczynkowego bólu stenokardialnego. W trakcie koronarografii zobrazowano tętniakowate poszerzenia LM i LAD oraz zamknięcie RCA. Angioplastyka zamkniętego naczynia nieudana. W badaniu angio-TK nie zobrazowano innych malformacji naczyniowych. Pacjent został zdyskwalifikowany z leczenia kardiologicznego. 2.5 miesiąca po poprzednim zawale pacjent został przyjęty z powodu bólu w klatce piersiowej. Rozpoznano zawał STEMI oraz wykonano koronarografię z udrożnieniem dozawałowej tętnicy i zastosowaniem stentu DES. Okołożabiegowo wystąpił epizod migotania komór, umiarowiony jednorazową defibrylacją. Obecnie pacjent w trakcie kwalifikacji do przeszczepienia serca.

Wnioski: Zmiany w naczyniach wieńcowych nie są często występującą manifestacją choroby IgG4-zależnej. U opisanego pacjenta doszło do znacznej progresji choroby wieńcowej w zaledwie kilka lat, przy braku innych obciążeń kardiologicznych. W związku z dyskwalifikacją z leczenia operacyjnego oraz wystąpieniem 3 epizodów zawału serca zdecydowano o rozpoczęciu kwalifikacji do przeszczepienia serca.

Effective Management of Severe Chemotherapy-Induced Oral Mucositis Using Laser Photobiomodulation Therapy

Jakub Fiegler-Rudol, Julia Maślanka

**Studenckie Koło Naukowe Katedry
i Zakładu Chorób Przyzębia i Błony
Śluzowej Jamy Ustnej, Śląski
Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Rafał Wiench**

Background: Oral mucositis is a severe, debilitating complication commonly associated with chemotherapy. It is characterized by painful ulcerations, inflammation, and xerostomia, significantly impacting patients' quality of life. This case report examines the successful application of laser photobiomodulation (PBM) therapy for treating severe oral mucositis in a patient with diGuse large B-cell lymphoma (DLBCL).

Case Report: A 65-year-old male with DLBCL underwent extensive chemotherapy, including 14 cycles of RCDVP and 4 cycles of BR regimens, followed by hematopoietic stem cell transplantation. After initiating a new chemotherapy regimen, he developed grade 3 oral mucositis, presenting with extensive ulcerations, severe pain (VAS 8), xerostomia, and significant dietary modifications leading to a 4 kg weight loss over three months. Initial pharmacological interventions, including oral rinses, showed no improvement. PBM therapy was introduced, utilizing a diode laser (635 nm, 100 mW, 4 J/cm² fluence) applied in a contact mode to 51 intraoral points during biweekly sessions over 21 days. PBM treatment resulted in rapid and marked improvement. Pain decreased significantly by the 4th day (VAS 4), reached minimal levels by the 7th day (VAS 2), and resolved entirely by the 14th day (VAS 0). Xerostomia also improved progressively, with resting saliva flow increasing from 0.2 ml/min to 0.4 ml/min and stimulated saliva flow improving from 0.4 ml/min to 1.0 ml/min over 21 days. Ulcerations healed completely by the final session, restoring the patient's ability to consume solid foods, speak clearly, and use dentures.

Conclusion: Laser PBM therapy emerged as a rapid, non-invasive, and effective treatment for severe chemotherapy-induced oral mucositis, alleviating pain, promoting lesion healing, and improving oral functionality. This case highlights PBM therapy as a promising intervention to enhance patient comfort and quality of life during cancer treatment.

Rzadkie przypadki rozsiewu czerniaka do OUN przez płyn mózgowo rdzeniowy i potencjalne znaczenie dla tego procesu leków z grupy SSRI – analiza przypadków

Nikodem Świderski, Błażej Bielański

Koło Farmakologii przy Zakładzie
Farmakologii SUM

Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Anna
Bielecka-Wajdman

Wstęp: Przerzuty czerniaka do mózgowia dotyczą około 60% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową i najczęściej w procesie tym pośredniczy droga krwiopochodna i limfatyczna. Przerzuty wykrywane są często w fazie bezobjawowej i ulegają regresji po włączeniu terapii ukierunkowanych na mechanizmy molekularne. W nielicznych przypadkach, rozsiew do OUN zachodzi przez płyn mózgowo-rdzeniowy (PMR) co znacznie pogarsza rokowanie, eskaluje agresywny przebieg choroby i wymaga zastosowania innej terapii. Z uwagi na pojawiające się zaburzenia neurologiczne w następstwie nasilonego procesu nowotworowego w mózgu, pacjenci ci, poza terapią podstawową wymagają leczenia adjuwantowego, w tym zastosowania niejednokrotnie leków przeciwdepresyjnych. Pojedyncze badania ostatnich lat sugerują możliwość wpływu leków przeciwdepresyjnych na przepuszczalność bariery krew-mózg, proteom płynu mózgowo-rdzeniowego oraz znaczenie zmian w przewodnictwie monoaminergicznym indukowanych przez te leki dla procesu nowotworowego, a w szczególności dla migracji i proliferacji komórek nowotworowych.

Opis: Dziesięć przypadków pacjentów z czerniakiem (Malinoma malignum) z przerzutami do mózgowia leczonych w II Klinice Radioterapii i Chemioterapii zostało wyselekcjonowanych z bazy Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach. U dwóch z nich (54 l, 73 l, Braf(-)) w przebiegu choroby oprócz zmian przerzutowych w płucach i nadnerczach pojawiły się powikłania neurologiczne: bóle głowy i pogorszenie orientacji, co skłoniło do poszerzenia diagnostyki obrazowej. Wyniki rezonansu magnetycznego (MR) osi mózgowo-rdzeniowej wykazały rozsiew choroby przez płyn mózgowo-rdzeniowy co wymagało wprowadzenia kolejnej linii leczenia opartej na połączeniu radioterapii i Nivolumabu. Obie pacjentki otrzymywały terapię SSRI (escitalopram, fluoksetyna – leki przeciwdepresyjne należące do selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny - SSRI).

Wnioski: Nasza analiza przypadków zwraca uwagę na potencjalne znaczenie leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI jako modulatorów procesu rozsiewu zaawansowanego czerniaka przez płyn mózgowo-rdzeniowy. Badania będą kontynuowane na większej grupie pacjentów.

Meandry terapii nefropatii „zmian minimalnych” w przebiegu wczesnego trójjemnego raka piersi

Monika Cięciwa, Marcin Jankowski, Szymon Pokrzywiński

**Studenckie Koło Naukowe, Katedra
i Klinika Chorób Wewnętrznych
i Chemioterapii Onkologicznej,
Wydział Nauk Medycznych Katowice,
Śląski Uniwersytet Medyczny**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med. Jerzy
Chudek**

Wstęp: Przypadek 63-letniej pacjentki przedstawia wyzwania związane z diagnozowaniem i leczeniem chorób współistniejących. Modyfikacja leczenia, choć nieplanowana, przyniosła pozytywne efekty, poprawiając stan zdrowia pacjentki i umożliwiając skuteczne leczenie obu schorzeń.

Opis: Kobieta z chłoniakiem MALT w wywiadzie została skierowana do Oddziału Nefrologii z powodu obserwowanego od 24 tygodni zespołu nerczycowego. Przy przyjęciu wykonano badania laboratoryjne, które wykazały obniżone stężenie albumin (1,3g/dl) oraz prawidłowe stężenie kreatyniny (87,2umol/l). W badaniu ogólnym moczu poza albuminurią stwierdzono niewielki krwinkomocz. Białkomocz dobowy wynosił 7,5g. W USG nie zaobserwowano patologii strukturalnych w zakresie nerek. Wykonano biopsję nerki stwierdzając umiarkowany przyrost mezangium z obecnością drobnych złożeń IgM. Ze względu na wcześniejszy wywiad chłoniaka MALT wykonano biopsję aspiracyjną szpiku, w której stwierdzono obecność populacji komórek klonalnych linii B-komórkowej CD19+ ok. 5,5%. Wykonana trepanobiopsja szpiku nie uwidoczniła nacieku komórek chłoniakowych. Nieoczekiwanie w badaniu TK jamy brzusznej w kwadrancie górnym zewnętrznym piersi lewej uwidocznił guz. Biopsja gruboigłowa pozwoliła na rozpoznanie podtypu trójjemnego raka piersi G2: ER(-) PR(-) HER-2(-) Ki67 80%. Ze względu na wzrost stężenia albumin w surowicy po 12 tygodniach chemioterapii wg schematu AC zdecydowano się na jej modyfikację, kontynuując stosowanie endoksanu wraz z docetakselem. Po neoadiuwantowej CTH pacjentka została skierowana do zabiegu BCT+SNB, który odroczone z powodu istotnej niedokrwistości. Z tego względu kontynuowano terapię cyklofosfamidem do łącznie 12g. Pacjentkę ponownie skierowano do Oddziału Chirurgii, gdzie po 51 tygodniach od rozpoczęcia terapii wykonano zaplanowany zabieg. W materiale pozabiegowym stwierdzono całkowitą odpowiedź na leczenie. Zgodnie z obowiązującymi standardami chora została poddana radioterapii piersi i dołu pachowego. Ze względu na wydłużoną terapię cyklofosfamidem zrezygnowano ze standardowej terapii adiuwantowej kapecytabiną. Pacjentka pozostaje w aktywnej obserwacji bez cech nawrotu zespołu nerczycowego i raka piersi.

Wnioski: Przypadki takie jak ten nie są codziennością. W celu wdrożenia odpowiedniego leczenia konieczna była praca interdyscyplinarnego zespołu. Wierzymy, że podjęte działania terapeutyczne będą drogowskazem dla specjalistów zajmujących się podobnie nieszablonowymi przypadkami.

SESJA PRZYPADKÓW ZABIEGOWYCH I

Zindywidualizowane podejście do leczenia protetyczno-implantologicznego – wykorzystanie protezy własnej pacjenta obciążonego kardiologicznie jako wzoru do projektowania szablonu chirurgicznego w metodzie All on 4	15
Frywolny styl życia i jego konsekwencje po przeszczepie serca.	16
Chirurgia śluzówkowo-dziąsłowa w przygotowaniu pacjenta do leczenia ortodontycznego – opis przypadku.	17
Leczenie operacyjne i zachowawcze pacjenta z zespołem politraumatycznego wypadku na motocyklu - opis przypadku.	18
Zębopochodna etiologia ropowicy oczodołu lewego	19
Warto walczyć: Radykalna pankreatoduodenektomia z powodu granicznie resekcyjnego raka gruczołowego głowy trzustki po omijającym zespoleniu żołądkowo-jelitowym i neoadjuwantowej radio-chemioterapii.	20
Olbryzi GIST jelita czczego - od radykalnej operacji po wznowę i progresję.	21

Zindywidualizowane podejście do leczenia protetyczno-implantologicznego – wykorzystanie protezy własnej pacjenta obciążonego kardiologicznie jako wzoru do projektowania szablonu chirurgicznego w metodzie All on 4

Maria Mienkina, Justyna Sochacka

**Studenckie Koło Naukowe ALARA,
Warszawski Uniwersytet Medyczny**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Anna Pogorzelska,
lek. dent. Marcin Gawęda**

Wstęp: Zabieg All on 4 to zaawansowana technika odbudowy protetyczno- chirurgicznej stosowana w rehabilitacji pełnolukowej. Procedura polega na wszczepieniu czterech implantów w strategicznych lokalizacjach wyrostka zębodołowego, umożliwiając ich natychmiastowe obciążenie mostem tymczasowym lub protezą. Nowoczesne technologie, takie jak Dual Scan wykorzystują tomografie komputerowe i własną protezę pacjenta z zaznaczonymi punktami referencyjnymi w celu złożenia obrazu i stworzenia precyzyjnego cyfrowego modelu struktur anatomicznych. Na tej podstawie powstaje indywidualny szablon implantologiczny, który zapewnia stabilność i powtarzalność wprowadzania implantu na wcześniej zaplanowaną, wymierzoną pozycję w kości.

Opis przypadku: 46 letni mężczyzna z historią choroby serca po sanacji jamy ustnej poprzedzającej zabieg kardiochirurgiczny zgłosił się w celu odbudowy bezzębnego wyrostka zębodołowego szczęki. Na podstawie badania klinicznego i radiologicznego zakwalifikowano pacjenta do leczenia metodą All-on-4. Ze względu na wywiad kardiologiczny oraz przyjmowanie warfaryny wdrożono terapię pomostową oraz profilaktykę antybiotykową. Następnie stworzono labolatoryjnie indywidualny szablon chirurgiczny w drukarce 3D na podstawie danych z wcześniej wykonanych tomografii komputerowych metodą Dual Scan. W pierwszej dobie pozabiegowej wystąpiły powikłania w postaci nieustępującego krwawienia przez kilkanaście godzin, co wymagało hospitalizacji. Wdrożono dożylnie leczenie kwasem traneksamowym oraz etamsylolem w celu stabilizacji stanu ogólnego. Monitorowano proces gojenia, a docelową odbudowę protetyczną zaplanowano na 4 miesiące po zabiegu. Należy zauważyć, że metoda precyzyjnej nawigacji nawięrtów pod implantację mimo wszystko jest mniej obciążająca dla pacjenta niż metoda klasyczna wykorzystująca płyt pełnej grubości.

Wnioski: Mimo, że opisana metoda wydłuża całościowy czas leczenia, to stanowi podstawę do przeprowadzenia zabiegu nieinwazyjnie i z maksymalną precyzją. Dzięki odpowiedniemu planowaniu i cyfrowej modyfikacji standardowej protezy całkowitej do indywidualnego szablonu do implantologii nawigowanej, implanty mogą zostać wprowadzone w dokładnie wymierzone miejsca w kości. Minimalizuje to ryzyko błędu lekarskiego, zmniejsza traumę i szansę powikłań. W ten sposób technologia Dual Scan przyczynia się do zwiększenia skuteczności zabiegu, oferując pacjentom wyższy poziom precyzji i bezpieczeństwa.

Frywolny styl życia i jego konsekwencje po przeszczepie serca

Daniel Szymecki, Błażej Skotnicki, Mikołaj Tyrka

**Student's Scientific Association,
Department of Cardiac, Vascular
and Endovascular Surgery
and Transplantology, Faculty
of Medical Sciences in Zabrze,
Medical University of Silesia**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med.
Tomasz Hrapkowicz**

Background: Orthotopic heart transplantation (OHT) is the gold standard treatment for end-stage heart failure. It requires lifelong therapy with (CNI+MPA) and temporary use of glucocorticosteroids. Cooperation between the patient and the medical team is critical after transplantation.

Case Description: A 23-year-old patient, 15 months post-heart transplantation due to toxic cardiomyopathy, with a history of severe acute cellular rejection, presented to the hospital with symptoms of dyspnea, abdominal pain, and cough. Investigations revealed multi-organ failure with hypotension and oliguria. Ultrasound showed ascites, an enlarged liver, fluid in the right pleural cavity, and (LVEF)<35%, with features of severe mitral and tricuspid regurgitation and systolic-diastolic dysfunction of the LV and RV. The patient denied irregular medication use and substance abuse. However, urine tests detected amphetamines and THC, raising doubts about his adherence to medical recommendations. The patient's critical condition precluded performing an endomyocardial biopsy. Nonetheless, the overall clinical picture and anti-HLA II antibody levels (<5000) suggested severe graft rejection with LVEF <20%. High doses of methylprednisolone and anti-thymocyte globulin were administered, and the current immunosuppressive treatment was continued. Due to the patient's deteriorating condition, renal replacement therapy, catecholamine infusion, and VA ECMO with LV unloading were initiated. Additional therapies included levosimendan, sildenafil, empagliflozin, potassium canrenoate, and continuation of sacubitrilvalsartan. This therapeutic approach improved LVEF to 35-40%, reduced myocardial edema, resolved significant valve regurgitations (mitral and tricuspid), and gradually improved hemodynamic parameters. As a continuation of therapy, in addition to maintenance immunosuppressive treatment, steroid therapy with prednisolone (1 mg/kg body weight for 2 weeks) was implemented. The patient's condition stabilized, and he was qualified for ECMO explantation. Post-procedure, LVEF exceeded 40%. A follow-up endomyocardial biopsy revealed cellular rejection at stage 1b according to the ISHLT classification. The patient was discharged home in stable condition, and a follow-up biopsy was scheduled. Despite these efforts, the patient delayed the biopsy appointment. When it was eventually performed, the result indicated rejection at stage 3a on the ISHLT scale, confirming that the patient was not adhering to medical recommendations. Despite the extensive efforts of the medical team, the patient's long-term survival is considered highly unlikely.

Conclusions: Acute heart transplant rejection can be managed and potentially reversed, though severe cases may necessitate temporary mechanical circulatory support. Discontinuation of prescribed medications leads to acute graft rejection and can result in death. Proper qualification of transplant candidates is crucial, and a history of nonadherence to medical recommendations should be regarded as an absolute contraindication to heart transplantation.

Chirurgia śluzówkowo-dziąsłowa w przygotowaniu pacjenta do leczenia ortodontycznego – opis przypadku.

Paulina Musiał, Zofia Stefanik

Studenckie koło naukowe Katedry i Zakładu Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej w Zabrze, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**Opiekun pracy:
dr n. med. Magdalena Kubicka – Musiał,
dr n. med. Marta Cieślik - Wegemund**

Wstęp: Recesja dziąsłowa jest dowierzchołkowym przesunięciem granicy dziąsła w stosunku do połączenia szklwno-cementowego (CEJ). To nie tylko defekt estetyczny, ale może być również przyczyną nadwrażliwości zębów na bodźce termiczne, mechaniczne i chemiczne. W złożonej etiologii recesji biorą udział takie czynniki jak nieprawidłowe nawyki higieniczne oraz stany zapalne dziąsła spowodowane złoгами kamienia nazębnego. Do powstania recesji predysponują również wady zgryzu, dysfunkcje czynnościowe, zaburzenia anatomiczne, cienki fenotyp dziąsła oraz czynniki jatrogenne. Według najnowszej klasyfikacji chorób przyzębia wyróżniamy trzy klasy recesji wg. Cairo: RT1, RT2 i RT3. W leczeniu chirurgicznym wykorzystuje się wiele technik umożliwiających pokrycie pojedynczych i mnogich recesji. Możliwe jest wykorzystanie płata przesuniętego dokoronowo lub bocznie, wolnego przeszczepu dziąsłowego, błon zaporowych, białek macierzy szklwi, matryc kolagenowych oraz metody tunelowe. Leczenie periodontologiczne u pacjentów dorosłych przed leczeniem ortodontycznym, może zapobiec powikłaniom w obrębie tkanek przyzębia oraz poprawić ich stan.

Opis przypadku: Pacjentka, lat 24 zgłosiła się do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej w Zabrze celem przygotowania periodontologicznego do leczenia ortodontycznego. W rozpoznaniu ortodontycznym stwierdzono tyłozgryz całkowity. Analiza cefalometryczna wg. Björka wskazywała na prawidłową geometrię szkieletową: parametry wskaźnika WITS i kąt ANB były w normie. Periodontologicznym badaniem klinicznym stwierdzono uogólnione recesje dziąsłowe klasy I i II wg. Cairo w łuku górnym i dolnym, płytki przedsielonk w łuku dolnym, wąską strefę dziąsła zrogowaciałego w okolicy siekaczy dolnych, brak dziąsła zrogowaciałego w okolicy zęba 43 oraz cienki fenotyp dziąsła w łuku dolnym. Zaplanowano etapowe leczenie chirurgiczno- periodontologiczne. W 1 etapie wykonano przeszczep nabłonkowy FGZ z podniebienia w okolicy zębów 31-43 celem pogłębienia przedsielonka oraz wytworzenia dziąsła zrogowaciałego. W 2 etapie przeprowadzono dwa zabiegi pokrycia mnogich recesji dziąsłowych w łuku górnym metodą tunelową z wykorzystaniem przeszczepu CTG z podniebienia. W końcowym etapie wykonano dwa zabiegi pokrycia mnogich recesji dziąsłowych i pogrubienia fenotypu dziąsła w łuku dolnym metodą tunelową z wykorzystaniem przeszczepu CTG z podniebienia.

Wnioski: Leczenie chirurgiczne metodą tunelową z wykorzystaniem przeszczepu tkanki łącznej z podniebienia pozwala uzyskać pełne i stabilne pokrycie powierzchni korzeni, pogrubienie fenotypu dziąsła oraz zadowalający efekt estetyczno-terapeutyczny. Przygotowanie periodontologiczne stanowi istotny element leczenia interdyscyplinarnego pacjentów ortodontycznych umożliwiając bezpieczne przemieszczanie zębów w obrębie kości wyrostka zębodołowego.

Leczenie operacyjne i zachowawcze pacjenta z zespołem politraumatyzacji po wypadku na motocyklu - opis przypadku

Maksymilian Wnęczak, Aneta Tkaczyk, Martyna Wlazłowska

SKN przy Oddziale Klinicznym
Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej

Opiekun pracy:
dr n. med. Piotr Rydel

Wstęp: Urazy w przebiegu wypadków drogowych stanowią 8 przyczynę śmiertelności wg WHO. Najczęstszymi urazami są złamania związane z obszarami, które są najbardziej narażone na uszkodzenia podczas upadku lub zderzenia. W niniejszym opisie przypadku pokrótce przedstawiono sytuację kliniczną pacjenta po urazie wielonarządowym w przebiegu wypadku komunikacyjnego z udziałem motocyklu.

Opis przypadku: W badaniu 55-letniego mężczyzny przywiezionego na SOR w Centrum Urazowym w Sosnowcu stwierdzono złamania trzonów kości podudzia prawego, otwarte złamania trzonów kości podudzia lewego, złamanie nasady bliższej kości ramiennej lewej, otwarte złamanie wyrostka łokciowego kości łokciowej lewej, złamania kręgow (Th11, L3, L5,) złamanie kości krzyżowej, rozejście się spojenia łonowego. Postępowanie lecznicze było wieloetapowe. Na SOR zastosowano unieruchomienie kończyn dolnych i kończyny górnej lewej w szynach Kramera. Następnie pacjent został przetransportowany na blok operacyjny, gdzie: zaopatrzone otwarte złamanie wyrostka łokciowego, którego odcinek kostny został poddany repozycji i ustabilizowany szwem kostnym; poddano repozycji i stabilizacji złamania podudzia lewego i prawego; zastosowano zamkniętą repozycję rozejścia spojenia łonowego i stabilizację; założono wyciąg za guz piętowy prawy. Po zabiegu operacyjnym pacjent został przeniesiony na OIT. W kolejnych dniach pacjenta ponownie operowano w celu repozycji i stabilizacji: złamania kości piszczelowej prawej gwoździem śródszpikowym blokowanym, rozerwanego spojenia łonowego przy pomocy płytki metalowej i śrub, stawu krzyżowo-biodrowego prawego przy pomocy 1 śruby kaniulowanej, złamania wyrostka łokciowego kości łokciowej poprzęciem Webera. Po 6 tygodniach pacjent został przyjęty na oddział ortopedii, gdzie wykonano: nastawienie odcinków trzonu kości piszczelowej lewej; repozycję złamania bliższego końca i trzonu kości ramiennej lewej ze stabilizacją; stabilizację szwem kostnym guzków kości ramiennej z doszyciem IST i przyczepu mięśnia naramiennego i piersiowego większego.

Wnioski: Dzięki wczesnej interwencji chirurgicznej oraz rehabilitacji pacjent po wielu zabiegach operacyjnych został wypisany do domu w zarówno ogólnym jak i miejscowym stanie dobrym, z zalecanym fotelowo-łóżkowym trybem życia. Przypadek ten podkreśla znaczenie nastawienia otwartego oraz postawę wyciekającą w przypadku silnie przemieszczonych mnogich złamań.

Zębopochodna etiologia ropowicy oczodołu lewego

Vasyl Behun, Hanna Głowacz

Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice
Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-
Twarzowej WNMZ, SUM w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Daria Wziętek- Kuczmik,
prof. dr hab. n. med. Iwona Niedzielska

WSTĘP: Zębopochodne procesy zapalne mogą być przyczyną infekcji szerzących się w obrębie struktur twarzoczaszki. Wysoka zdolność rozprzestrzeniania zakażenia wynika z bliskiego położenia wierzchołków korzeni zębów przedtrzonowych i trzonowych górnych do dna zatoki szczękowej. Nielezione zapalenie zatoki szczękowej może prowadzić do powstania stanu zapalnego w okolicy oczodołowej, skutkujące późniejszą infekcją narządu wzroku.

OPIS PRZYPADKU: 42-letni pacjent w trybie ostro dyżurowym został przyjęty na Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo-Twarzowej ŚUM w Katowicach z podejrzeniem ropowicy oczodołu lewego. W wywiadzie czytamy, że dwa tygodnie wcześniej pojawiły się pierwsze dolegliwości bólowe, związane z zębem 27, a następnie obrzęk powieki i wytrzeszcz oka lewego. Po konsultacji stomatologicznej wdrożona została antybiotykoterapia celowana, która okazała się nieskuteczna. Wykonano ekstrakcję zęba, która nie przyniosła istotnej poprawy. Ze względu na nieustępujące dolegliwości bólowe i utrzymujący się wytrzeszcz oka lewego, pacjenta skierowano do tutejszej jednostki. W trybie pilnym z dostępu do załamek powieki górnej i dolnej wykonano drenaż ropowicy oczodołu lewego. Następnie, z dostępu wewnątrzustnego, wykonano radykalną operację zatoki szczękowej strony lewej. W kolejnych dniach obrzęk ustępował. Utrzymywał się subtelny wytrzeszcz oka lewego ze znaczną regresją zmian oraz trwające ograniczenia ruchomości gałki ocznej z poprawą w stosunku do stanu przedoperacyjnego. W konsultacji okulistycznej stwierdzono V OP 5/5 OL 5/8, barwy OP +, OL +/-, obrzęk powieki i ograniczoną ruchomość, w szczególności ku dołowi. Widzenie pojedyncze, w 9 kierunkach, barwne - wyraźne, żrenica reaguje na światło, symetryczna względem żrenicy oka prawego.

WNIOSKI: Przypadek pacjenta świadczy o tym, że zębopochodne procesy zapalne mogą prowadzić do powikłań związanych z narządem wzroku, a także szerzyć się powodując zakrzepowe zapalenia zatoki jamistej czy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu.

Warto walczyć: Radykalna pankreatoduodenektomia z powodu granicznie resekcyjnego raka gruczołowego głowy trzustki po omijającym zespoleniu żołądkowo-jelitowym i neoadjuwantowej radio-chemioterapii.

Joanna Rak, Monika Bonczek

**SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii
Przewodu Pokarmowego; Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Beata
Jabłońska**

Wstęp: Rak gruczołowy przewodowy to najczęstszy nowotwór występujący w trzustce. Cechuje się on najgorszym rokowaniem ze wszystkich powszechnych nowotworów złośliwych, z 5-letnim całkowitym przeżyciem wynoszącym około 10%. Do najczęstszych początkowych objawów należą zmęczenie, utrata masy ciała, anoreksja czy ból brzucha. Są one niespecyficzne, przez co postawienie prawidłowej diagnozy na wczesnym etapie choroby bywa problematyczne. W momencie rozpoznania większość gruczolakoraków jest już rozprzestrzeniona poza trzustkę, obecne są też przerzuty w węzłach chłonnych.

Opis przypadku: 55-letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego celem leczenia operacyjnego raka głowy trzustki. Początkowym objawem były smoliste stolce w 10.2022r., w związku z czym zlecono diagnostykę endoskopową, w której nie stwierdzono żadnych odchyleń. W 05.2023r. wykonano u pacjentki zespolenie omijające żołądkowo-czce z zespoleniem Brauna. Śródoperacyjnie pobrano wycinki z guza głowy trzustki. Na podstawie badania histopatologicznego postawiono rozpoznanie gruczolakoraka pT3N1M0. Decyzją Konsylium Onkologicznego z 09.2023r. zakwalifikowano pacjentkę do radykalnej radioterapii skojarzonej z chemioterapią neoadjuwantową ze względu na graniczną resekalność guza, uzyskując zmniejszenie guza. W 04.2024r. wykonano pankreatoduodenektomię z rekonstrukcją układu pokarmowego sposobem Whipple'a. Przebieg śród- oraz pooperacyjny był niepowikłany. W kontrolnym TK 9 miesięcy po zabiegu operacyjnym nie uwidoczono cech wznowy procesu nowotworowego.

Wnioski: Pacjenci z guzami granicznie resekalnymi mogą odnieść znaczną korzyść z zastosowania chemioterapii neoadjuwantowej, która może spowodować uresekalnienie guza pierwotnie niekwalifikującego się do resekcji. Nawet w przypadku skrajnie niepomyślnego wstępnego rokowania warto skorzystać ze wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych.

Olbrzymi GIST jelita czczego - od radykalnej operacji po wznowę i progresję

Paulina Kluszczuk, Aleksandra Tobiasz

**SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii
Przewodu Pokarmowego SUM**

**Opiekun pracy: dr hab. n.
med. Beata Jabłońska**

Wstęp: Nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (Gastrointestinal Stromal Tumors, GIST) to najczęstsze nowotwory mezenchymalne przewodu pokarmowego. Najczęściej lokalizują się w żołądku, rzadziej w jelicie cienkim, grubym czy przełyku oraz charakteryzują się zróżnicowanym przebiegiem klinicznym.

Opis przypadku: 45-letni pacjent zgłosił się do oddziału z pojawiającymi się okresowo silnymi dolegliwościami bólowymi prawego śródbrzusza od września 2023r. W TK jamy brzusznej i miednicy z grudnia 2023r. uwidoczono 21x20x13,5cm guz w obrębie krezki jelita cienkiego i miednicy mniejszej z niejednorodnym wzmocnieniem pokontrastowym bez cech naciekania naczyń. Miesiąc później w biopsji przezskórnej gruboigłowej pod kontrolą TK rozpoznano GIST CD117(+). Kolejne badanie TK wykazało wzrost do 26x23x14cm niejednorodnej, guzowatej masy bez łączności ze ścianą żołądka i naciekania narządów.

Po decyzji konsylium onkologicznego, pacjent został planowo przyjęty do Oddziału Chirurgii Przewodu Pokarmowego, gdzie w lutym 2024r. wykonano laparotomię, całkowite, radykalne usunięcie guza wypełniającego całą jamę otrzewnej i uciskającego sąsiednie struktury o masie 4,5 kg z odcinkową resekcją jelita czczego oraz fragmentu sieci większej. W badaniu histopatologicznym potwierdzono radykalne wycięcie 32x19x20cm GIST pT4NX z mutacją genu KIT, Ki-67(+)20%. Indeks mitotyczny (IM) 21/50 DPW.

W lipcu 2024r. rozpoczęto chemioterapię imatynibem (Glivec). W sierpniu potwierdzono wznowę nowotworu, lecz odstąpiono od operacji na rzecz dalszej chemioterapii, kolejne badanie TK wykazało zmniejszenie zmian. W grudniu pacjent był hospitalizowany z powodu podejrzenia pęknięcia guza. W styczniu 2025r. badanie TK wykazało ponowną progresję nowotworu (największa zmiana guzowata 11,2x11,7x16,2cm) i niewielkie krwawienie do guza.

Wnioski: Przebieg GIST jest bardzo zróżnicowany - od zmian łagodnych o powolnym przebiegu do dużych, agresywnych z tendencją do przerzutów. Każdy przypadek GIST wymaga indywidualnego podejścia, uwzględniającego zarówno wielkość, lokalizację, Ki-67, IM guza. Guzy o dużej średnicy i wysokim IM charakteryzują się bardzo agresywnym przebiegiem, wysokim ryzykiem wznowy i gorszym rokowaniem. Ścisła współpraca wielodyscyplinarna pozostaje fundamentem skutecznego leczenia.

SESJA PRZYPADKÓW PEDIATRYCZNYCH

Rozstania i powroty. Noworodek po czterech zabiegach z rozpoznaniem całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych - opis przypadku.	23
Złożona wada serca u 4-letniego pacjenta z Zespołem Allagille'a: doświadczenia z wieloetapowym leczeniem kardiologicznym i kardiochirurgicznym.	24
Severe Pulmonary Hypertension Following Pulmonary Embolism in an Adolescent with Factor V Leiden Mutation.	25
Ciężkie eozynofilowe zapalenia przełyku pod maską zaburzeń odżywiania - opis przypadku 15-letniego chłopca.	26
Powikłania dermatologiczne po leczeniu biologicznym nieswoistych chorób jelit - studium przypadków.	27
Gdy brak bólu usypia czujność – zaawansowana endometrioza i nowotwór jajnika u nastolatki.	28
Rzadkie powikłanie przebytej zakrzepicy żyły wrotnej u 3-letniego chłopca.	29
Choroba Alexandra	30
Zaburzenia glikozylacji białek jako przyczyna niewydolności wątroby u 9-miesięcznego niemowlęcia.	31
Zaburzenia elektrolitowe u dziecka z depresją, a myśl nefrologiczna w kierunku zespołu Gitelmana.	32
Therapeutic Difficulties in the Treatment of a Girl with Primary Hypoparathyroidism	33
Newborn Brain Abnormalities as a result of Prenatal Alcohol Exposure and Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Case Report	34

Rozstania i powroty. Noworodek po czterech zabiegach z rozpoznaniem całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych - opis przypadku

Maja Butrym, Tomasz Główniak

Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Oddziale Klinicznym
Kardiologii Dzieci Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w
Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Joanna Śliwka

Wstęp: Całkowity nieprawidłowy spływ żył płucnych (TAPVR) to ciężka sinicza wada serca, wymagająca pilnej interwencji kardiologicznej w okresie noworodkowym. Polega na nieprawidłowym połączeniu żył płucnych z układem żył systemowych, co zaburza prawidłowy przepływ krwi. TAPVR występuje rzadko (1:15 000 urodzeń), a bez leczenia 50% dzieci umiera w pierwszym roku życia.

Opis przypadku: Chłopiec urodzony w 40+3 HBD, o masie 3,39 kg, został przyjęty w stanie krytycznym na Oddział Kardiologii z podejrzeniem sinicznej wady serca. Diagnostyka echokardiograficzna potwierdziła całkowite nieprawidłowe połączenie żył płucnych (TAPVR) o typie nadsercowym. Pacjenta zakwalifikowano do pilnej operacji, podczas której wypreparowano kolektor żył płucnych i zespolono go z lewym przedsionkiem, a ubytek międzyprzedsionkowy zamknięto szwem ciągłym. Pooperacyjnie wystąpiły trudności z hemostazą, anuria oraz kwasica metaboliczna, ale po 24 dniach hospitalizacji dziecko w dobrym stanie wypisano do domu. W ciągu kolejnych tygodni stan pacjenta pogorszył się z powodu postępującego zwężenia spływu żył płucnych, co skutkowało koniecznością dwukrotnej interwencji kardiologicznej. Pierwsza plastyka balonowa pozwoliła na obniżenie gradientów w spływach żył płucnych. Początkowo obserwowano poprawę kliniczną, jednak już po kilku dniach od wypisu pacjent wymagał ponownej hospitalizacji z powodu niewydolności krążenia i narastającego wysiłku oddechowego w trakcie karmienia. Zdecydowano o przeprowadzeniu drugiej plastyki balonowej, co pozwoliło na częściowe obniżenie gradientu. Stan hemodynamiczny pacjenta po zabiegu pozostał niemal taki sam w porównaniu do stanu sprzed interwencji, co skutkowało koniecznością kwalifikacji dziecka do reoperacji zwężenia żył płucnych. Pooperacyjny gradient w spływie żył płucnych wynosił 10 mmHg, co wskazywało na dobry efekt zabiegu. Pacjent w stanie dobrym został wypisany do domu.

Wnioski: Całkowity nieprawidłowy spływ żył płucnych to krytyczna wada, wymagająca operacji często w pierwszej dobie życia. Szybka diagnostyka i podjęte leczenie znacznie zwiększają szanse na przeżycie pacjentów z rozpoznaną wadą. Nawrotowe zwężenie żył płucnych jest częstym powikłaniem, dlatego pacjenci po operacjach muszą pozostać pod stałą kontrolą poradni kardiologicznych.

Złożona wada serca u 4-letniego pacjenta z Zespołem Allagille'a: doświadczenia z wieloetapowym leczeniem kardiologicznym i kardiochirurgicznym

Miłosz Kasprzyk, Monika Kalicka, Paweł Kurzelowski

**Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Kardiologii
Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Krzysztof Kocot**

Wstęp: Zespół Alagille'a to rzadka choroba genetyczna charakteryzująca się głównie wadami w obrębie wątroby (niedorozwój wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych), serca (najczęściej zwężenia obwodowe tętnic płucnych, ale też inne wady), a także zmianami kostnymi, skórnymi i okulistycznymi. Pacjenci z tym zespołem często wymagają wielospecjalistycznej opieki. Wrodzone wady serca u dzieci z zespołem Alagille'a są istotną przyczyną powikłań i często wymagają leczenia interwencyjnego bądź kardiochirurgicznego.

Opis przypadku: U chłopca z potwierdzonym Zespołem Alagille'a rozpoznano Zespół Fallota z mnogimi obwodowymi zwężeniami tętnic płucnych, co skutkowało koniecznością skomplikowanego leczenia kardiochirurgicznego i interwencyjnego. W 3 tygodniu życia (07.02.2019) u pacjenta wykonano zabieg poszerzenia drogi odpływu prawej komory (RVOT) przy użyciu łat Cormatrix, z uformowaniem sztucznego płata zastawki płucnej oraz poszerzeniem pnia płucnego. W marcu 2019 przeprowadzono lewostronną nefrektomię. Następnie, 23.10.2019, wykonano zamknięcie ubytku VSD łąką, implantację homografu RV- MPA, pozostawiając ASD II. Kolejne skomplikowane zabiegi miały miejsce 17.09.2021 w Stanford – przeprowadzono rekonstrukcję tętnic płucnych, mioektomię RVOT, wymianę konduktu RV-MPA na homograf zastawkowy oraz zamknięcie ASD II. Z powodu zespołu Alagille'a, 09.11.2021 wykonano przeszczep wątroby od ojca, po którym nastąpił epizod odrzucenia komórkowego, posocznica K. pneumoniae, zapalenie dróg żółciowych z ERCP oraz reaktywacja CMV i EBV. W lipcu 2023 pacjent był hospitalizowany z powodu zapalenia dróg żółciowych (założono port naczyniowy). Ostatnia hospitalizacja miała miejsce w listopadzie 2023 w Oddziale Kardiologii Dziecięcej - aktualne badania (kliniczne, cewnikowanie, echokardiografia serca, laboratoryjne) wykazały prawidłowe ciśnienie płucne, umiarkowany przerost RV oraz zwąpnienia homografu.

Wnioski: Przebieg choroby u przedstawionego pacjenta jest skomplikowany, wynikający z wielonarządowych zaburzeń genetycznych i wrodzonych wad serca. Wieloetapowe interwencje chirurgiczne i transplantacyjne, szczególnie u pacjentów z zespołami genetycznymi wraz z powikłaniami infekcyjnymi i immunologicznymi, wymagają ścisłej, interdyscyplinarnej opieki oraz regularnej kontroli.

Severe Pulmonary Hypertension Following Pulmonary Embolism in an Adolescent with Factor V Leiden Mutation

Magdalena Skorupska, Filip Bossowski

**Studenckie Koło Naukowe przy Klinice
Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii
z Pododdziałem Kardiologii;
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

**Opiekun pracy:
prof. zw. dr hab. n. med.
Artur Bossowski**

Background: Pulmonary hypertension (PH) is a severe condition characterized by elevated pulmonary arterial pressure and increased right ventricular strain. Pulmonary embolism (PE) is a critical cause of PH, as it raises pulmonary vascular resistance. Although PE is rare in adolescents, prompt detection is essential for improving outcomes. Genetic predispositions, such as the Factor V Leiden mutation, together with risk factors like obesity, can significantly heighten the risk of thrombosis in younger populations.

Case Description: A 15-year-old female presented with dyspnea, syncope, and exercise intolerance following a recent respiratory infection treated with Augmentin. Genetic testing revealed a heterozygous Factor V Leiden mutation. Echocardiography demonstrated severe tricuspid regurgitation and a markedly elevated pulmonary pressure gradient of 70 mmHg, indicative of PH. Angio-CT confirmed extensive pulmonary embolism, deep vein thrombosis, and right ventricular overload. Treatment included low-molecular-weight heparin monitored with anti-Xa levels, diuretics, and supplemental oxygen. Long-term anticoagulation with acenocoumarol was initiated. After 12 days, the patient showed notable clinical improvement, reduced dyspnea, and lower NT-proBNP levels.

Conclusions: The importance of PE and inherited thrombophilia in pediatric patients with unexplained PH should also be considered, especially in patients with obesity. Early diagnosis and targeted anticoagulation therapy are essential to decrease the morbidity and complications of the disease. Genetic testing for thrombophilic mutations may also help manage prophylaxis in the long run. A multidisciplinary paediatrics, cardiology and haematology approach best achieves optimal patient care and outcome.

Ciężkie eozynofilowe zapalenia przełyku pod maską zaburzeń odżywiania - opis przypadku 15-letniego chłopca

Maria Baczkowska, Kajetan Trąbka, Wiktoria Wiącek

**SKN przy Katedrze i Klinice Pediatrii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Agnieszka
Szymłak**

Wstęp: Eozynofilowe zapalenie przełyku (ang. eosinophilic esophagitis - EoE) to przewlekła choroba zapalna z istotnym podłożem alergicznym, w której dochodzi do nacieku eozynofilowego w błonie śluzowej przełyku. Głównymi objawami EoE są: dysfagia, odynofagia, uczucie zatrzymania kęsa pokarmowego.

Opis przypadku: 15-letni chłopiec od wczesnego dzieciństwa prezentował narastające trudności w przyjmowaniu pokarmów stałych oraz wybiórczość pokarmową. Pacjent preferował produkty papkowe. Z wiekiem nabył tolerancji, na niektóre produkty stałe spożywane z dużą ilością sosu i obficie popijane. W wywiadzie kilkakrotnie występowały krótkotrwałe incydenty zadławienia się pokarmem. Rodzice uważali to za fanaberie żywieniowe z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania. Chłopiec był objęty opieką alergologiczną z powodu alergii wziewnej i pokarmowej, w 1 roku życia przebyty wstrząs na białko jaja kurzego. W wieku 15 lat wystąpiło nasilenie dolegliwości: pojawiła się odynofagia, krztuszenie się pokarmami nawet do 2-3 godzin po posiłku. Chłopiec istotnie ograniczył objętość spożywanych pokarmów. Z tego powodu był hospitalizowany w Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci Samodzielnego Publicznego Szpitala Nr 1 w Zabrze. W badaniu fizykalnym uwagę zwracał niedobór masy ciała (BMI 15,5 kg/m², <3 percentyla). W wykonanej gastrokopii uwidoczono trachealizację błony śluzowej przełyku ze zwężeniem jego światła. Obraz RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego potwierdził zwężenie przełyku poniżej łuku aorty. W badaniu histopatologicznym wycinków z przełyku stwierdzono obecność nacieku eozynofilowego w liczbie ponad 50/1 DPW. Na podstawie całości obrazu klinicznego rozpoznano EoE o wieloletnim przebiegu powikłane zwężeniem przełyku. Do leczenia włączono sterydoterapię miejscową, IPP i dietę elementarną. Mimo wdrożonego leczenia nie uzyskano remisji choroby. Obecnie pacjent jest w trakcie kwalifikacji do leczenia biologicznego dupilumabem.

Wnioski: Przypadek ten wskazuje na trudności w rozpoznaniu EoE. Rzadko występującym objawem jest wybiórczość pokarmowa, która w przypadku opisywanego pacjenta była mylnie diagnozowana jako zaburzenia odżywiania. Wybiórczość pokarmowa u dziecka może być jednym z pierwszych objawów EoE, dlatego w tej grupie zaburzeń karmienia należy rozważyć ją jako możliwe rozpoznanie.

Powikłania dermatologiczne po leczeniu biologicznym nieswoistych chorób jelit - studium przypadków

Honorata Buniowska

**Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Pediatrii Wydział
Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Katarzyna Kamila
Bąk-Drabik**

Wstęp: Nieswoiste zapalne choroby jelit (NChZJ) stanowią grupę chorób zapalnych przewodu pokarmowego o nieznannej etiologii, do których należą: wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) oraz choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC). W przypadku obu chorób, gdy podstawowe leczenie przeciwzapalne nie doprowadziło do osiągnięcia remisji choroby, stosuje się leczenie biologiczne.

Opis przypadków: W pracy przedstawimy opis przypadków czterech pacjentów z NChZJ leczonych w Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci w Zabrze, u których w wyniku leczenia biologicznego infliksimabem wystąpiły różne powikłania dermatologiczne.

Pierwsza pacjentka to prawie 16-letnia dziewczynka, u której w wieku 13 lat stwierdzono ChLC z zajęciem odźwiernika i rozległym zajęciem jelita cienkiego. W wieku 14 lat włączono do terapii infliksimab, pierwsze zmiany skórne pojawiły się po 9 miesiącach terapii: zdiagnozowano u niej przyłuszczycę polekową z towarzyszącym odczynem zapalnym.

Druga pacjentka to 15-letnia dziewczynka z postacią lewostronną WZJG, rozpoznaną w wieku 13 lat, u której w tym samym wieku w trybie ratunkowym podano pierwszą dawkę leku - infliksimabu. Zmiany skórne o charakterze łuszczycy pojawiły się po około 10 miesiącach leczenia. Trzeci pacjent jest to 16-letni chłopiec ze stwierdzoną ChLC z zajęciem jelita krętego, rozpoznaną w wieku 13 lat. W tym samym wieku wdrożono leczenie infliksimabem, a zmiany skórne pojawiły się po 2 latach terapii pod postacią leukoklastycznego zapalenia naczyń.

Czwarty pacjent to 18-letni chłopiec ze zdiagnozowaną w wieku 13 lat ChLC ze zmianami w okolicy krętniczko-kałniczej oraz dwunastnicy. W wieku 15 lat rozpoczął terapię infliksimabem, a po około roku terapii pojawiły się zmiany skórne w postaci trądziku odwróconego.

Wnioski: W związku z coraz częstszym stosowaniem leczenia biologicznego w terapii NChZJ obserwujemy również zwiększoną liczbę powikłań, w tym dermatologicznych. Przedstawione przypadki mają na celu zwiększenie świadomości na temat nietypowych powikłań leczenia biologicznego. Pozwoli to przyspieszyć postawienie diagnozy, szczególnie, że proces leczniczy w chorobach zapalnych jelit jest długotrwały z okresami remisji i zaostrzeń.

Gdy brak bólu usypia czujność – zaawansowana endometrioza i nowotwór jajnika u nastolatki

Aleksandra Leziak

**Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Endokrynologii
Ginekologicznej Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Karolina
Kowalczyk, prof. dr hab. n.
med. Agnieszka Droszdol-
Cop**

Wstęp: Endometrioza jest chorobą estrogenozależną o zapalnym patomechanizmie. Wiąże się z występowaniem tkanki endometrium poza jamą macicy. Obraz kliniczny, szczególnie w grupie młodych dziewcząt, jest niespecyficzny. Zgłaszane przez młodą pacjentkę nieregularne, bolesne miesiączki mogą być błędnie interpretowane jako typowe dolegliwości okresu dojrzewania, co skutkuje opóźnieniem w rozpoznaniu choroby, a w rezultacie także w rozpoczęciu leczenia. Nieleczona endometrioza może prowadzić do poważnych powikłań.

Opis przypadku: 14-letnia pacjentka zgłosiła się do ginekologa z powodu nieregularnych miesiączek oraz okresowo występującego bólu o miernym nasileniu. W badaniu USG przez powłoki brzuszne stwierdzono nieregularną, hipoechogeniczną masę w obrębie przydatków prawych. Wyniki badań laboratoryjnych, w tym markerów nowotworowych, pozostawały normie. W rozpoznaniu wstępnym opisano niezłośliwy nowotwór jajnika i skierowano pacjentkę do laparoskopii diagnostyczno-terapeutycznej. W trakcie zabiegu uwolniono masywne zrosty w obrębie przydatków prawych i lewych. Uwidoczniono zmiany typowe dla endometriozy oraz zmiany prosówkowate na powierzchni jelit. Zaawansowanie zmian oceniono jako IV stopień według klasyfikacji ASRM. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego. Wynik potwierdził rozpoznanie torbieli endometrialnej jajnika prawego oraz zmian prosówkowatych o etiologii endometriozy. Gruźlicę wykluczono. Przebieg około- i pooperacyjny niepowikłany. Wdrożono leczenie dienogestem z dobrym efektem bólowym.

Wnioski: Endometrioza charakteryzuje się niespecyficznym i zróżnicowanym przebiegiem, zwłaszcza wśród nastolatek. Pomimo występowania bardzo zaawansowanych zmian, objawy mogą być skąpe, ograniczając się do nieregularnych miesiączek i okresowych dolegliwości bólowych, które często nie są traktowane jako wskazanie do dalszej diagnostyki. Powstają nowe zrosty i głębsze nacieki tkanek, co może prowadzić do powikłań narządowych i zaburzeń płodności w przyszłości. Wczesne zidentyfikowanie problemu i wdrożenie leczenia pozwala nie tylko ograniczyć ból, ale także zapobiec dalszym konsekwencjom i poprawić jakość życia pacjentki.

Rzadkie powikłanie przebytej zakrzepicy żyły wrotnej u 3-letniego chłopca

Natalia Leszczyńska, Monika Kalicka

**Studenckie Koło Naukowe Pediatrii przy
Klinice Pediatrii, Katedry Pediatrii
Wydziału Nauk Medycznych Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

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

Wstęp: Nadciśnienie wrotno-płucne (PoPH) jest definiowane jako obecność nadciśnienia płucnego (PAH), będące bezpośrednią konsekwencją nadciśnienia wrotnego (PHT) u pacjenta bez współistniejących chorób płuc lub niewydolności lewokomorowej serca. Rozpoznanie tego schorzenia u dziecka jest wyzwaniem, zwłaszcza jeśli nieprawidłowości są maskowane licznymi objawami towarzyszącymi.

Opis przypadku: 3-letni chłopiec został przyjęty do Szpitala w Strzelcach Opolskich z powodu wymiotów ze skrzepami krwi, które pojawiły się w przebiegu infekcji dróg oddechowych. W wywiadzie pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe brzucha zlokalizowane w okolicy pępka i lewego podbrzusza. W badaniu fizykalnym uwagę zwracała splenomegalia, potwierdzona w badaniu ultrasonograficznym, a w badaniach laboratoryjnych niedokrwistość (Hb 9,0 g/dl) oraz leukocytoza (WBC $16,0 \times 10^9/\mu\text{l}$). Chłopiec został przekazany do Oddziału Gastroenterologii Dziecięcej w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach z podejrzeniem krwawienia z przewodu pokarmowego. Gastroskopia ujawniła 3 pasma żyłaków przełyku II/III stopnia oraz żyłaki dna żołądka, chłopiec wymagał wielokrotnych zabiegów opaskowania. W badaniu USG dopplerowskim uwidoczniło transformację jamistą żyły wrotnej z obecnym krążeniem obocznym. Ponadto u pacjenta rozpoznano nadciśnienie płucne potwierdzone w trakcie zabiegu cewnikowania serca. U chłopca wykonano zabieg Meso-Rex shunt (zespolenie omijające niedrożny odcinek żyły wrotnej), uzyskując regresję splenomegalii oraz prawidłowe przepływy naczyniowe. W kontrolnej gastroskopii nie uwidoczniło żyłaków przełyku/dna żołądka, a przepływy w układzie wrotnym były prawidłowe, z niewielkim zwężeniem do 7 mm we wstawce naczyniowej.

Wnioski: Przedstawiony przypadek chłopca z przebytą zakrzepicą żyły wrotnej udowadnia jak ważna jest kompleksowa diagnostyka oraz opieka wielospecjalistyczna w zapewnieniu prawidłowego postępowania terapeutycznego.

Choroba Alexandra

Anna Matusik, Julia Rokosz

**Studenckie Koło Naukowe Neurologii
Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

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

Background: Alexander disease is the only known example of a genetic disorder affecting astrocyte cells caused by gain-of-function heterozygous mutations in the gene for glial fibrillary acidic protein, resulting in its aggregation and a reactive response from astrocytes, causing severe damage to the central nervous system. We distinguish type 1 of disease with presents before 2 yrs. and type 2 between the age of 4-10. With earlier onset generally associated with greater severity.

Case Description: Analysis of the patient's medical documentation containing diagnosis, symptoms and comparison of imaging tests depending on the child's age. A case of a 10-year-old boy with Alexander disease diagnosed at the age of three following an incident of generalized seizures. Since the diagnosis, he has also experienced numerous seizures with vomiting of high intensity, leading to a significant decrease in his body weight. He is currently fed via a PEG tube. The clinical presentation of the disease has been highly variable over time. MRI findings are typical for the disease. The patient also presents with an abnormal EEG. He displays signs of developmental delay in psychomotor skills, and intellectual disability. Over time, there has also been regression in motor function. However, he is able to articulate single words and communicate needs.

Conclusion: Numerous aspects of Alexander disease remain puzzling, especially the neurodegenerative changes, variety of clinical symptoms and the differences in age of onset and severity of the disease. That is why early detection of the disease is crucial. This would enable imaging tests to be conducted based on the relatively non-specific symptoms of the condition in children of any age, regardless of whether they fall within the typical age range for the disease.

Zaburzenia glikozylacji białek jako przyczyna niewydolności wątroby u 9-miesięcznego niemowlęcia

Monika Roszkowska, Martyna Biadasiewicz

**SKN przy Klinice Pediatrii, Katedrze
Pediatrii Wydziału Nauk Medycznych
w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

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

Wstęp: Zaburzenia glikozylacji białek stanowią heterogenną grupę wrodzonych chorób metabolicznych wynikających z defektów w procesie glikozylacji białek i lipidów. Nieprawidłowa glikozylacja upośledza funkcję hepatocytów, zaburza metabolizm i syntezę białek osoczowych. W efekcie u pacjentów może rozwinąć się niewydolność wątroby, wymagająca zabiegu przeszczepienia tego narządu.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek aktualnie 12-miesięcznego dziecka z nieobciążonym wywiadem ciąży-porodowym, u którego w przebiegu przedłużającego się procesu diagnostycznego żółtaczki i trudności w karmieniu rozpoznano wrodzone zaburzenia glikozylacji potwierdzone w badaniu genetycznym (mutacja genu ATP6AP1). W trakcie infekcji rotawirusowej u pacjenta doszło do dekompensacji zaburzeń metabolicznych oraz postępującej niewydolności wątroby, manifestującej się cholestazą, wodobrzuszem i oraz zaburzeniami krzepnięcia niewyrównującymi się po podaży witaminy K. Chorego w trybie pilnym przekazano do Kliniki Gastrologii, Hepatologii i Zaburzeń Odżywienia Instytutu Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, gdzie został zakwalifikowany do zabiegu przeszczepienia wątroby. Dawcą wątroby był ojciec pacjenta. Aktualnie stan ogólny dziecka jest bardzo dobry, a pacjent pozostaje pod opieką poradni gastroenterologicznej oraz transplantacyjnej

Wnioski: Zaburzenia glikozylacji białek mogą być jedną z przyczyn cholestazy u niemowląt. Mogą prowadzić do marskości wątroby, nadciśnienia wrotnego oraz jej niewydolności, wymagającej transplantacji narządu. Wczesna diagnostyka i opieka pediatryczna są kluczowe dla poprawy rokowania u pacjentów z tym schorzeniem.

Zaburzenia elektrolitowe u dziecka z depresją, a myśl nefrologiczna w kierunku zespołu Gitelmana

Jakub Szczygieł, Joanna Czapla

**Studenckie Koło Naukowe Nefrologii
Dziecięcej; Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Agnieszka
Jędzura**

Wstęp: Zespół Gitelmana (GS) jest rzadką chorobą dziedziczną autosomalnie recesywnie. Mutacja w genie SCL12A3 koduje cięższy łańcuch kotransporter NaCl w kanalikule dystalnej nerki. Występuje z częstotliwością około 1-10/40,000. Charakteryzuje się przewlekłą hipokaliemią, hipomagnezemią, hipokalciamią, zasadowicą metaboliczną oraz wtórnym hiperaldosteronizmem. Obraz kliniczny GS może obejmować osłabienie siły mięśniowej, męczliwość, tężyzkę, chęć konsumpcji słonych pokarmów, parestezje, zahamowanie wzrostu, ciężkie zaburzenia elektrolitowe lub napady padaczkowe. Diagnoza często bywa przypadkowa, z uwagi na niecharakterystyczne objawy kliniczne. Leczenie polega między innymi na doustnej suplementacji elektrolitów.

Opis przypadku: Przypadek: 12-letnia dziewczynka była diagnozowana w Oddziale Nefrologii z powodu utrzymujących się zaburzeń elektrolitowych, wykrytych w trakcie leczenia mykoplazmatycznego zapalenia płuc. Początkowo dyselektrolitemia wiązana była z terapią escitalopramem, stosowanego u pacjentki z powodu zaburzeń depresyjnych. Modyfikacja leczenia psychiatrycznego nie poprawiła wyników badań. Wywiad rodzinny był nieobciążony. Dziewczynka zgłaszała osłabienie, bóle głowy, nawrotowe parestezje, męczliwość mięśni oraz epizod omdlenia. Diagnostyka wykazała hipokaliemię, hipomagnezemię, zasadowicę metaboliczną oraz zwiększoną aktywność reninową osocza. Obraz nerek w ultrasonografii był prawidłowy. Po włączeniu suplementacji potasu, magnezu, sodu, zaobserwowano poprawę stanu klinicznego. Wysunięto podejrzenie zespołu Gitelmana, które potwierdzono badaniami genetycznymi (mutacja w genie SCL12A3). Zespół Gitelmana został genetycznie potwierdzony również u 11-letniego brata dziewczynki, leczonego z powodu depresji oraz jedzenia kompulsyjnego. W badaniach występowała hipomagnezemia oraz nieznaczna hipokaliemia.

Wnioski: Przedstawieni pacjenci są ze sobą spokrewnieni. Oboje prezentowali objawy depresyjne, co nasuwa pytania o potencjalny wpływ zaburzeń elektrolitowych w GS na prezentowane i leczone zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym. Literatura sugeruje, że ciężka hipokaliemia lub hipokalcemia mogą powodować zaburzenia psychiatryczne, które ustępują po korekcie elektrolitów. Przedstawione przypadki wskazują na potrzebę dalszych badań nad neuropsychiatrycznymi aspektami GS u dzieci.

Therapeutic Difficulties in the Treatment of a Girl with Primary Hypoparathyroidism

Filip Bossowski, Magdalena Skorupska

**Studenckie Koło Naukowe przy Klinice
Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii
z Pododdziałem Kardiologii;
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Hanna
Borysewicz-Sańczyk,
prof. zw. dr hab. n. med.
Artur Bossowski**

Introduction: Primary hypoparathyroidism is a rare endocrine disorder in children characterized by persistent hypocalcemia and hyperphosphatemia, arising from genetic conditions like 22q11.2 deletion syndrome (DiGeorge syndrome) or autoimmune destruction of the parathyroid glands. The absence of established hormone replacement therapy creates a management challenge.

Case Description: We report a 17-year-old girl diagnosed with primary hypoparathyroidism at age 10 after severe hypocalcemia manifested by recurrent seizures. Laboratory tests revealed extremely low parathyroid hormone levels (<3 pg/mL), significant hypocalcemia and hyperphosphatemia, and positive interferon-omega antibodies, indicating an autoimmune aetiology. Other endocrine functions were normal, and imaging showed no parathyroid abnormalities; however, an electrocardiogram showed a prolonged QTc interval exceeding 0.5 seconds.

Initial treatment included calcium supplementation, vitamin D₃, and alfacalcidol. Hyperphosphatemia was managed with sevelamer and dietary phosphate restrictions. A beta-blocker was prescribed to address the prolonged QTc interval. Despite initial improvements, calcium levels remained low, and phosphate levels stayed elevated.

She later developed intermittent fevers, elevated CRP, and radiological signs of pneumonia and pericarditis, leading to a diagnosis of systemic lupus erythematosus. Glucocorticoid therapy improved her calcium-phosphate balance.

Over five years, calcium levels stabilized at the lower limit of normal, and phosphate levels remained slightly elevated without symptoms. Nephrocalcinosis occurred when efforts were made to boost oral calcium doses. Two years later, hypocalcemia and hyperphosphatemia recurred, requiring adjustments to her medication regimen. Her treatment includes calcium supplements and phosphate-binding agents in precisely controlled doses to achieve optimal mineral homeostasis.

Conclusions: The case illustrates the challenges of managing primary hypoparathyroidism in children, and when there is coexistence of other autoimmune diseases like SLE, it becomes even more challenging. There is no standardized hormone replacement therapy; however, individualized treatment and frequent monitoring are crucial to prevent complications like nephrocalcinosis.

Newborn Brain Abnormalities as a result of Prenatal Alcohol Exposure and Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Case Report

Patrycja Jaworska

Gdański Uniwersytet Medyczny

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

Introduction: Fetal Alcohol Syndrome (FAS) is a severe consequence of prenatal alcohol exposure, often associated with congenital anomalies, including central nervous system (CNS) malformations. Cranial and facial anomalies or microcephaly are the common features but hydrocephalus may be rarely seen. This case highlights the challenges in treating an infant with congenital FAS, severe hydrocephalus, and multiple comorbidities.

Case Report: A male infant, born at 37+0 weeks via emergency cesarean section due to fetal distress, had a birth weight of 2200 g and an Apgar score of 8,9,9,9. The mother had a history of alcohol use disorder with multiple hospital admissions due to intoxication, including one the day before delivery. Prenatal imaging revealed severe hydrocephalus; postnatal findings included hypotonia, macrocephaly, dysmorphic facial features, and multiple ventricular septal defects (VSD). Due to poor sucking reflex, enteral feeding was initiated via a nasogastric tube. Social services were notified due to concerns for neglect. Despite cerebrospinal fluid (CSF) aspirations via a Rickham reservoir, ventriculomegaly progressed. MRI confirmed obstructive hydrocephalus and diffuse hemorrhagic changes. The patient underwent multiple neurosurgical procedures, including ventriculoperitoneal (VP) shunt placements, external ventricular drainage (EVD), and neuroendoscopic third ventriculostomy. Complications included recurrent meningitis, respiratory insufficiency, and an episode of acute limb ischemia secondary to compartment syndrome.

Conclusions: This case highlights the complexities in managing congenital FAS with hydrocephalus and multiple surgical complications. It underscores the need for early intervention, vigilant neurosurgical monitoring, and multidisciplinary coordination to optimize outcomes.

SESJA PRZYPADKÓW INTERNISTYCZNYCH II

Disorders of tissue haemostasis in the immunohistological examination of myocardial biopsies from patients with chronic heart failure	36
Their daily rhythm, our enigma to ponder - a case of visceral leishmaniasis in a pregnant woman	37
Mnogie torbiele płuc– pułapki diagnostyczne	38
Rzadka anomalia tętnic wieńcowych z nadciśnieniem płucnym i zespołem Eisenmengera	39
Ostra białaczka promielocytowa - jak powikłania mogą stanąć na przeszkodzie w leczeniu.	40
Leczenie nerkozastępcze u pacjentki z dystroficzną postacią Epidermolysis bullosa- opis przypadku.	41
Czy wiek powinien być granicą prowadzenia systemowej terapii hematologicznej? Holistyczne podejście do leczenia pierwotnej białaczki plazmatycznokomórkowej u długowiecznego pacjenta.	42
Niedobór α1-antytrypsyny jako przyczyna ciężkiej obturacji u pacjenta z pierwotnym rozpoznaniem astmy oskrzelowej.	43
Od omdleń do S-ICD - przypadek złośliwego prolapsu mitralnego u 21-letniej kobiety.	44
Transitional cell carcinoma metastases to lymph nodes without a primary tumor.	45

Disorders of tissue haemostasis in the immunohistological examination of myocardial biopsies from patients with chronic heart failure

Jakub Kancerek, Jakub Borszcz, Przemysław Nowakowski

**Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze
Histologii i Patologii Komórki Wydział
Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski
Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

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

Background: Heart failure (HF) is a clinical syndrome resulting from structural or functional cardiac abnormalities that impair ventricular filling or ejection, leading to inadequate tissue perfusion and elevated filling pressures. Recent studies indicate the significance of tissue coagulation disorders and inflammation in the development and progression of systolic heart failure. The expression of certain phenotypic tissue haemostatic factors in biopsies may help identify those that influence HF.

Case: The study included myocardial biopsies from 30 patients with HF. The patients exhibited various tissue coagulation disorders that exacerbated the severity of heart failure. The histochemical (H&E staining and Masson trichrome stain) and immunohistochemical study was performed on cryostat sections. For immunohistological study, the following antibodies were used: anti-vWF (Von Willebrand Factor), anti-thrombomodulin, anti-fibrinogen, anti-TF (Tissue Factor) and anti-TFPI (Tissue Factor Pathway Inhibitor). In the immunohistological study, an increased expression of TF and TFPI was observed in 26 (86.7%) and 18 (60%) patients. An increased expression of thrombomodulin and factor vWF was found in 10 (33.3%) and 7 (23.3%) patients. An interstitial increase in fibrinogen (fibrin) content was found in 10 (33.3%) patients. Only fibrin expression showed a positive correlation with the presence of focal damage to cardiomyocytes by Masson's trichrome staining.

Conclusion: The immunohistological evaluation confirmed the presence of tissue haemostasis disorders in some patients with HF, with a predominance of procoagulant disturbances. Monitoring tissue haemostasis may be an important component of the immunohistological analysis of myocardial tissue samples.

Their daily rhythm, our enigma to ponder - a case of visceral leishmaniasis in a pregnant woman

Julia Lipina, Aleksandra Leziak

**Koło Naukowe Ultrasonografii
i Symulacji Medycznych
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Piotr Liberski,
dr n. med. Tomasz Wikarek**

Background: Visceral Leishmaniasis is the most severe manifestation of tropical parasitic infections caused by *Leishmania* species. This condition is primarily observed in regions of Africa, Central and South Asia, as well as Central America. HELLP syndrome is a severe complication of preeclampsia or eclampsia, characterized by symptoms, including hemolytic anemia, elevated liver enzymes, and thrombocytopenia. Another rare but life-threatening condition, hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) is a hematologic disorder marked by the uncontrolled proliferation of lymphocytes and macrophages, which secrete large quantities of inflammatory cytokines. In pregnant women, these conditions can present with overlapping clinical features, posing a significant diagnostic challenge.

Case Description: A 19-year-old pregnant patient from Cambodia at 40+6 weeks of gestation was admitted to the hospital with a clinical history of scleral icterus, lower limbs edema, abdominal pain, intermittent pyrexia approximately 37°C, and generalized weakness lasting several days. Given the concern for potential fetal demise, an emergency cesarean section was performed. Postoperatively, the patient was transferred to the intensive care unit, where initial diagnostics suggested HELLP syndrome. However, the subsequent clinical progression revealed an exceptionally complex presentation, dominated by multiorgan failure, shock, and multi-drug resistant infections. Additionally the patient started displaying clinical and laboratory features of HLH syndrome like hyperferritinemia and splenomegaly. Despite intensive treatment, including multiple surgical interventions and advanced supportive therapies, the patient ultimately succumbed. Postmortem examination revealed visceral leishmaniasis, which, based on the illness course, likely served as the underlying cause of the observed symptoms and the patient's clinical presentation.

Conclusion: This case underscores the complexity of diagnosing overlapping clinical syndromes in critically ill pregnant patients. The postmortem diagnosis of visceral leishmaniasis underscores the importance of considering rare infections in complex clinical scenarios. Timely recognition of such conditions could potentially improve outcomes and prevent reduce the risk of misdiagnosis in similar cases.

Mnogie torbiele płuc– pułapki diagnostyczne

Szymon Sokołowski

**Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Chorób Płuc
i Gruźlicy Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Patrycja Rzepka-
Wrona**

Wstęp: Celem pracy jest opis przypadku 35 letniego pacjenta z mnogimi obustronnymi torbielami w mięszu płuc. Torbiele to cienkościenne przestrzenie powietrzne lub płynowe, okrągłe lub o nieregularnych kształtach, odgraniczone od mięszu płuc. Najczęściej występują w niektórych chorobach śródmiąższowych jak w limfangioleiomiomatozie, histiocytozie z komórek Langerhansa, limf ocytowym śródmiąższowym zapaleniu płuc, a także w nowotworach płuc.

Opis przypadku: 35 letni pacjent w wywiadzie bez narażeń środowiskowych na czynniki szkodliwe dla układu oddechowego, diagnozowany od 1,5 roku z powodu nawracających infekcji układu oddech owego, kaszlu oraz gorączki. Pacjent przetransportowany do izby przyjęć przez Zespół Ratownictwa Medycznego z powodu nasilenia duszności. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono anemizację (stężenie hemoglobiny 8,4 g/dl), w rozmazie poziom leukocytów w dol nej granicy normy z przewagą neutrofilii oraz podwyższony poziom białka C reaktywnego (83,61 mg/l). W gazometrii krwi tętnicznej: pH: 7,48, pCO₂: 31, pO₂: 65 pHCO₃: 24,9. W TK opisano obustronnie liczne grubościenne, łączące się torbiele oraz zagęszczenia typ u mlecznej szyby o nieregularnej dystrybucji. Zgodnie z sugestią radiologa w diagnostyce różnicowej należało uwzględnić histiocytozę z komórek Langerhansa, układowe zapalenia naczyń oraz limfocytarne śródmiąższowe zapalenie płuc. Przy przyjęciu do oddziału , ze względu na zaburzenia gazometryczne, geograficzną dystrybucję zagęszczeń śródmiąższowych i wywiad gorączek, wykonano badanie przesiewowe na obecność wirusa HIV. W badaniu uzyskano wynik dodatni. W wykonanych posiewach z popłuczyn oskrzelowych pobranych przy bronchoskopii wykryto Pneumocystis jiroveci, rozpoznano przewlekłą pneumocystozę i zastosowano leczenie sulfametoksazolem z trimetoprimem w dawce dostosowanej do masy ciała. W kontrolnej tomografii komputerowej zaobserwowano wycofanie się większość i obszarów mlecznej szyby, pozostały obustronne torbiele o zróżnicowanej średnicy.

Wnioski: Diagnostyka różnicowa chorób śródmiąższowych z obecnością torbieli w mięszu płuc może stanowić wyzwanie diagnostyczne. Zawsze w toku diagnostyki gorączek o nieustalonej przyczynie należy wykonać badanie na obecność wirusa HIV. Infekcje układu oddechowego u pacjentów w immunosupresji mogą przybierać nietypowy obraz radiologiczny.

Rzadka anomalia tętnic wieńcowych z nadciśnieniem płucnym i zespołem Eisenmengera

Dariusz Kucias, Aleksandra Korus

SKN przy Katedrze i Klinice Kardiologii
i Elektroterapii SUM

Opiekun pracy:
lek. Alexander Suchodolski,
prof. dr hab. med. Beata
Średniawa

Wstęp: Do wykrycia anomalii tętnic wieńcowych zazwyczaj wystarczy badanie tomograficzne – czasami jednak poznanie wyniku badania nie przynosi odpowiedzi, lecz kolejne pytania – co jest przyczyną objawów i które dane są istotne klinicznie?

Opis przypadku: 23-letnia pacjentka zgłosiła się z powodu pogorszenia tolerancji wysiłku i niespecyficznego bólu w klatce piersiowej. W dzieciństwie przeszła dysplazję oskrzelowo-płucną, obecnie stwierdzono przerwały przewód Botalla i zespół Eisenmengera, niskorosłość, astmę oskrzelową, oraz potwierdzone w cewnikowaniu serca nadciśnienie płucne w klasie czynnościowej WHO III. Wykonano badania laboratoryjne oraz obrazowe i czynnościowe. W badaniach laboratoryjnych: wtórna nadkrwistość o nieznacznie hipochromicznych erytrocytach, NT-proBNP 200 pg/ml. W echokardiografii: frakcja wyrzutowa lewej komory wynosiła 55%, powiększenie prawej komory serca. Badanie TK tętnic płucnych uwidoczniło przerwały przewód tętniczy o szerokości 10 mm, poszerzony pień płucny oraz tętnice płucne. Rozpoznano anomalię tętnic wieńcowych podwójną prawą tętnicę wieńcową oraz krótki pień lewej tętnicy wieńcowej. Frakcja wyrzutowa prawej komory 40%. W sześciominutowym teście marszu chora przeszła 560 metrów, skarżąc się na duszność, zmęczenie i bóle podudzi. Niedawno rozpoznana anomalia mogła przyczynić się do pogorszenia wydolności chorej. Ze względu na obecność nadciśnienia płucnego w przebiegu zespołu Eisenmengera do stosowanej dotychczas farmakoterapii wdrożono dożylny wlew treprostynilu (analog prostacykliny). W kontrolnych badaniach w 5-miesięcznej obserwacji pacjentka w klasie WHO I, ze znaczną poprawą samopoczucia. Zakończenie Zarówno przerwały przewód Botalla z jego następstwami, jak i anomalia tętnic wieńcowych, są stanami rzadko spotykanymi. Choć pacjentka ma złożoną anomalię, to najważniejszym w terapii okazało się nadciśnienie płucne. Złożone anomalie wymagają kompleksowej oceny, celem wybrania optymalnej terapii.

Ostra białaczka promielocytowa - jak powikłania mogą stać na przeszkodzie w leczeniu

Gabriela Małucha, Anna Wietrzyk, Aleksandra Tęczar

SKN przy Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Kalwak**

Wstęp: Ostra białaczka szpikowa to choroba nowotworowa wywodząca się z prekursorów transformowanej komórki mieloidalnej. Ostra białaczka promielocytowa jest jej podtypem, w której komórkami nowotworowymi są promielocyty, czyli komórki w następnym stopniu dojrzałości po blastach. Przedstawionym przypadkiem jest nastoletni chłopiec, u którego zdiagnozowano AML M3. Rozpoczęto leczenie, jednak pojawiły się znaczące powikłania.

Opis przypadku: 14,5 letni pacjent przyjęty we wrześniu 2024 na oddział z powodu kaszlu i gorączki trwających około tygodnia, od kilku miesięcy bóle kolan, złe samopoczucie oraz nawracające infekcje. Po stwierdzeniu nieprawidłowych wyników morfologii krwi, przekazano chłopca na oddział Hematologii i Onkologii dziecięcej. Wstępnie rozpoznano ostrą białaczkę promielocytarną AML M3. W badaniu cytogenetycznym szpiku kostnego stwierdzono pewne nieprawidłowości. Pacjentowi został włączony protokół leczenia AIEOP-BLM-AML, podano lek ATRA, oraz cykl ICE, Etopozyd, Idarubicynę, Cytarabinę, Metotreksat i Prednizon. Po rozpoczęciu cyklu chemioterapii pojawiły się powikłania (duszności, gorączka do 38 stopni). W TK klatki piersiowej zaobserwowano obraz zapalenia oskrzelików, a w panelu oddechowym wykryto Adenowirusa. Ciężki stan pacjenta ulegał biegnemu pogorszeniu, pojawiły się zaburzenia świadomości. W związku z niedrożnością porażoną jelit i niewydolnością oddechową przekazany na OITD. Następnie pacjent został przekazany do kliniki we Wrocławiu z obecnymi cechami wyniszczenia, gdzie kontynuowano leczenie. Po paru dniach u chłopca pojawił się nasilony ból brzucha, wymioty i luźny stolec. W USG opisano powiększony pęcherzyk żółciowy niemal całkowicie wypełniony zagęszczoną żółcią. Zdecydowano o cholecystektomii w trybie pilnym. Po wypreparowaniu pęcherzyka zauważono ropień.

Wnioski: Opisany przypadek pacjenta z rozpoznaniem AML M3 pokazuje ciężki przebieg ostrej białaczki szpikowej, a także trudności w leczeniu powikłań zarówno tej choroby, jak i tych wynikających z wdrożenia chemioterapii. Dotyczy to między innymi powikłań infekcyjnych o ciężkim przebiegu, które wystąpiły u hospitalizowanego dziecka, szczególnie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta pomimo rozpoczętego leczenia, ostatecznie skutkujące koniecznością wykonania pilnej cholecystektomii, podkreśla złożoność procesu terapeutycznego.

Leczenie nerkozastępcze u pacjentki z dystroficzną postacią Epidermolysis bullosaopsis przypadku.

Natalia Greń, Magdalena Zawadzka, Rozalia Jamrych

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

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

Wstęp: Pęcherzowe oddzielanie się naskórka (EB) to choroba genetyczna, w której schyłkowa niewydolność nerek (ESRD) stanowi rzadkie powikłanie. Leczenie nerkozastępcze u pacjentów z EB jest wyzwaniem ze względu na ryzyko uszkodzeń skóry i trudności w uzyskaniu dostępu naczyniowego.

Opis przypadku: 35-letnia pacjentka z dystroficzną postacią EB rozpoznaną we wczesnym dzieciństwie, z potwierdzoną mutacją genu lamininy 5, dodatkowo obciążona zwężeniem przelyku, obustronną głuchotą czuciowo-nerwową, ślepotą oka lewego, od 2011 roku pozostaje pod opieką Kliniki Nefrologii w Szczecinie. Przyczyna przewlekłej choroby nerek jest nieznaną, w wywiadzie występowały zakażenia dróg moczowych i aktywny osad moczu. Rozpoznano PChN w stadium schyłkowym przy eGFR rzędu 10 ml/min/1.73 m². Początkowo zastosowano hemodializę przy użyciu cewnika doraźnego założonego do żyły szyjnej wewnętrznej. Z uwagi na obawę o powikłania infekcyjne związane ze zmianami skórnymi jako źródłem, chorobą konwertowano na dializę otrzewnową, która zakończyła się niepowodzeniem z powodu szybkiego włóknienia otrzewnej i okluzji cewnika Tenckhoffa. W kolejnym etapie chora była dializowana za pomocą cewnika permanentnego, ten jednak wymagał dwukrotnie wymiany w ciągu dwóch lat z powodu infekcji o etiologii Staphylococcus epidermidis MRSE. W 2014 roku utworzono przetokę tętniczo-żylną (AVF), która funkcjonowała do 2018r. Od tamtego czasu ponownie hemodializa z użyciem permanentnego dojścia dializacyjnego.

Wnioski: Hemodializa zarówno z użyciem AVF jak i cewników naczyniowych jest skuteczną metodą leczenia ESRD u pacjentów z dystroficzną postacią EB, mimo ryzyka powikłań skórnych. Leczenie wymaga ścisłej współpracy między nefrologami, dermatologami i innymi specjalistami. Przypadek pacjentki podkreśla znaczenie indywidualnego podejścia i wielodyscyplinarnej opieki w leczeniu ESRD u pacjentów z rzadkimi chorobami genetycznymi, takimi jak EB.

Czy wiek powinien być granicą prowadzenia systemowej terapii hematoonkologicznej? Holistyczne podejście do leczenia pierwotnej białaczki plazmatycznokomórkowej u długowiecznego pacjenta.

Ewelina Duda, Andrea Izdebska, Katarzyna Sobczak,

Studenckie Koło Naukowe, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

**Opiekun pracy:
dr n. med. Dawid Szumilas,
dr n. med. Kamil Wdowiak,
prof. dr hab. n. med. Jerzy Chudek**

Wstęp: Pierwotna białaczka plazmatycznokomórkowa jest rzadką chorobą o agresywnym przebiegu i niekorzystnym rokowaniu. Mimo postępu diagnostycznego i wprowadzenia skojarzonej, wielolekowej immunochemioterapii mediana przeżycia całkowitego jest krótka. Niezależnym czynnikiem ryzyka związanym z gorszym rokowaniem, ograniczającym stosowanie skojarzonej immunochemioterapii u pacjentów geriatrycznych pozostaje zespół kruchości.

Opis Przypadku: 91-letni mężczyzna obciążony utrwalonym migotaniem przedsionków i chorobą wieńcową i radykalnym leczeniu raka prostaty został przyjęty do Oddziału celem diagnostyki progresywnej utraty masy ciała - 8 kg w ciągu 2 miesięcy. Przy przyjęciu chory zgłaszał jedynie niewielkie osłabienie i wzmożoną nocną potliwość, bez gorączki. W wykonanej morfologii krwi obwodowej stwierdzono wysoką leukocytozę o wartości 74 tys./ μ l. W badaniu immunofenotypowym krwi obwodowej stwierdzono pulę klonalnych plazmacytów kappa o fenotypie CD38(+), CD138(++), CD19(-), CD20(-), CD56(-), CD45(-), CD117(-), stanowiącą 84% leukocytów. W badaniu cytogenetycznym FISH nie ujawniono mutacji wysokiego ryzyka. Rozpoznano pierwotną białaczkę plazmatycznokomórkową kappa+. Ze względu na obraz kliniczny i dobry status funkcjonalny chory zakwalifikowany został do terapii paliatywnej DRd (daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem). W 8. dniu 1. cyklu osiągnięto normalizację liczby leukocytów w krwi obwodowej. Bezpośrednio po rozpoczęciu terapii wystąpił epizod małopłytkowości z krwawieniem do przewodu pokarmowego, który leczono zachowawczo z dobrym efektem terapeutycznym. W 14. dobie hospitalizacji u chorego wystąpił TIA pod postacią prawostronnego niedowładu. Po 10. cyklu terapii DRd w badaniu immunofenotypowym szpiku kostnego nie wykryto klonalnych plazmacytów, stwierdzając całkowitą remisję, która utrzymała się do zgonu chorego po 12 miesiącach terapii.

Wnioski: Uzyskanie sukcesu terapeutycznego u pacjenta z zespołem kruchości obciążonego wielochorobowością wymaga zindywidualizowanej terapii prowadzonej przez wielodyscyplinarny zespół specjalistyczny.

Niedobór α 1-antytrypsyny jako przyczyna ciężkiej obturacji u pacjenta z pierwotnym rozpoznaniem astmy oskrzelowej

Natalia Denisiewicz, Aleksandra Skowronek, Jakub Kołodziej

**Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Chorób Płuc
i Gruźlicy w Zabrze;
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

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

Wstęp: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) oraz astma oskrzelowa to choroby obturacyjne układu oddechowego, które mogą współistnieć i prowadzić do znacznego upośledzenia funkcji płuc. W niniejszym opisie przypadku przedstawiono 50-letniego pacjenta z rozpoznaną astmą oskrzelową od około 10 lat, który pomimo leczenia sterydami systemowymi oraz lekami wziewnymi w dużych dawkach nadal doświadczał nasilających się objawów, w tym przewlekłego kaszlu oraz duszności wysiłkowej.

Opis przypadku: Pacjent został przyjęty do oddziału pulmonologicznego w celu diagnostyki z powodu postępującego pogorszenia wydolności fizycznej. W badaniach czynnościowych układu oddechowego stwierdzono ciężkie utrwalone zaburzenia wentylacji o typie obturacyjnym (FEV1 = 40%) oraz bardzo niski transfer dla tlenu węgla (DLCO = 34%). Test 6-minutowego marszu wykazał prawidłowy dystans, jednak z desaturacją 5% i spadkiem prężności tlenu (PaO₂) do 54 mmHg. Dodatkowe badania laboratoryjne wykazały niski poziom całkowitego IgE oraz małą liczbę eozynofili, co wykluczyło alergiczne podłoże choroby.

Wykonane badanie tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (HRCT) płuc ujawniło zaawansowaną rozedmę. W związku z tym, na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników badań, u pacjenta ostatecznie rozpoznano POChP. W celu dalszej diagnostyki pobrano krew na oznaczenie poziomu α 1-antytrypsyny, którego wynik potwierdził jej niedobór jako możliwą przyczynę rozedmy. Ze względu na występujące dolegliwości bólowe w klatce piersiowej pacjent został dodatkowo skonsultowany kardiologicznie, a w trybie przyspieszonym zaplanowano wykonanie koronarografii.

Wnioski: Podczas hospitalizacji zmodyfikowano leczenie wziewne oraz wdrożono rehabilitację oddechową, co pozwoliło na zmniejszenie nasilenia objawów. Pacjent został wypisany do domu z zaleceniami dotyczącymi dalszego leczenia oraz monitorowania choroby, w tym konsultacja w ośrodku transplantacyjnym. Przypadek ten podkreśla konieczność dokładnej diagnostyki różnicowej u pacjentów z obturacją oskrzeli oraz znaczenie wczesnego wykrywania niedoboru α 1-antytrypsyny w celu spowolnienia progresji choroby.

Od omdleń do S-ICD - przypadek złośliwego prolapsu mitralnego u 21-letniej kobiety

Julianna Stachaczyk, Jonasz Osiecki, Mateusz Stępień

**I Katedra i Klinika Kardiologii,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

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

Wstęp: Wypadanie płątka zastawki mitralnej (MVP) w większości przypadków jest asymptomatyczne i nie prowadzi do poważnych problemów zdrowotnych. Jednak zdarzają się przypadki bardziej skomplikowane z objawami złośliwego prolapsu mitralnego, wymagające odpowiedniego leczenia. W niniejszej pracy opisujemy przypadek młodej kobiety z liczną arytmia komorową, omdleniami i złośliwym prolapsem mitralnym.

Opis przypadku: 21-letnia kobieta została przyjęta na I Oddział Kardiologii GCM w Katowicach, w trybie pilnym celem diagnostyki elektrofizjologicznej zaburzeń komorowych. Wykonano badanie echokardiograficzne, w którym zobrazowano graniczną funkcję skurczową lewej komory (EF 51%) z kulistym kształtem lewej komory i przykoniuszkowym poszerzeniem prawej komory, uginanie się płatków zastawki mitralnej w stronę lewego przedsionka na głębokość do 3,5 mm oraz uwidoczniono MAD. W badaniu elektrofizjologicznym protokołem 500-2 z RVOT indukcja TdP trwająca 6 sek z okresem następczej licznej EV - łącznie 11 sekund - pacjentka potwierdziła zgodność objawów, w związku z czym badania nie kontynuowano. W próbie ortostatycznej wykazano istotny spadek ciśnienia z zawrotami głowy w 2 minucie testu. Ze względu na obecność złośliwego prolapsu mitralnego z MAD oraz dużą ilość arytmii komorowych, podjęto decyzję o implantacji podskórnego kardiowertera-defibrylatora (S-ICD), który stanowił najbezpieczniejszą opcję terapeutyczną w tej grupie chorych. Wybór tej technologii uzasadniono młodym wiekiem pacjentki. Implantacja przebiegła pomyślnie, a w okresie hospitalizacji nie obserwowano powikłań.

Wnioski: Zmieniona geometria lewej komory w połączeniu z prolapsującą zastawką mitralną i MAD może prowadzić do poważnych zaburzeń rytmu serca, zwiększając ryzyko nagłego zatrzymania krążenia. Mechanizm arytmii u pacjentów z tym fenotypem obejmuje zarówno zmiany strukturalne, jak i elektrofizjologiczne. S-ICD stanowią bezpieczną i skuteczną metodę prewencji nagłego zgonu sercowego, szczególnie w populacji młodych pacjentów z wysokim ryzykiem arytmii komorowych. Ich zastosowanie ogranicza powikłania związane z elektrodami wewnątrzsercowymi, co może mieć kluczowe znaczenie w długoterminowym rokowaniu. Dynamiczny rozwój technologii oraz lepsze zrozumienie arytmogennego fenotypu prolapsu mitralnego mogą w przyszłości doprowadzić do bardziej precyzyjnej stratyfikacji ryzyka i wdrażania ukierunkowanych terapii.

Transitional cell carcinoma metastases to lymph nodes without a primary tumor

Łukasz Ważny, Wiktoria Janik, Marta Handschuh

**Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Chorób
Wewnętrznych i Chemioterapii
Onkologicznej, Wydział Nauk
Medycznych w Katowicach,
Śląski Uniwersytet Medyczny**

**Opiekun pracy:
prof. dr hab. n. med.
Jerzy Chudek**

Background: A cancer of unknown primary (CUP) is defined as a metastatic disease in which standard diagnostic procedures fail to identify the primary tumor [1]. CUPs account for less than 5% of all cancers; however, due to their high mortality, diagnostic challenges, and difficulties in selecting appropriate therapy, they represent a significant challenge for oncologists [2]. A particularly rare subtype of CUP is transitional cell carcinoma with an unknown primary origin—only a few such cases have been described to date [3-8]. We present a case of transitional cell carcinoma metastases to lymph nodes without an identified primary tumor during follow-up.

Case: A 75-year-old male reporting rib arch pain lasting for two weeks was diagnosed with right-sided inguinal lymphadenopathy. Pathological examination of the core biopsy of the lymph node revealed infiltration by cell carcinomas. Immunohistochemical analysis showed positivity for CK+, CK7+, CK5/6+, p63+, p40+, and GATA3+/-, indicating metastases of poorly differentiated squamous cells with differentiation towards transitional cell carcinoma. Imaging work-up including magnetic resonance imaging of the pelvis and positron emission tomography (PET-CT) visualized isolated iliac lymphadenopathy (19 mm). Also, the cystoscopy was negative. After lymphadenectomy radical radiation therapy (45 Gy in 15 fractions) was performed, targeting the inguinal lymph node tumor. The patient experienced transient dysuria, urinary urgency, and redness at the irradiation site after radiotherapy. There is no cancer disease recurrence in imaging tests during 3-month follow-up.

Conclusion: The presented patient successfully treated for CUP with differentiation towards transitional cell carcinoma describes a diagnostic challenge related to the lack of detection of a primary tumor.

SESJA PRZYPADKÓW ZABIEGOWYCH II

Bezelektrodowy stymulator serca przed przezskórną naprawą zastawki trójdzielnej.	47
Prehabilitacja i rehabilitacja u pacjenta po zabiegu endoprotezowania stawu skroniowo-żuchwowego.	48
Zastosowanie diagnostyki obrazowej w kwalifikacji rozległej malformacji naczyniowej (VM) wargi dolnej do zabiegu usunięcia zmiany laserem diodowym techniką przezśluzówkowej termokoagulacji (TMT).	49
Wielofalowy laser diodowy w chirurgii zmian guzkowatych jamy ustnej – opis przypadku.	50
Kiedy każdy oddech ma znaczenie: Leczenie bronchoskopowe raka płuca z krytycznym zwężeniem oskrzela.	51
Posttraumatic herniation of the liver to the right hemithorax: a case report.	52
Zespolecie przewodowo-jelitowe sposobem Roux-Y u pacjenta z jatrogennym uszkodzeniem dróg żółciowych i wtórnym zapaleniem otrzewnej po cholecystektomii laparoskopowej.	53
Diagnostyka i terapia Pacjentki z rakiem brodawki Vatera.	54

Bezelektrodowy stymulator serca przed przezskórną naprawą zastawki trójdzielnej.

Dorota Woźniak

**STN Kliniki Elektrokardiologii
i Niewydolności Serca Katedry
Elektrokardiologii Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

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

Wstęp: Niedomykalność zastawek przedsionkowo-komorowych jest w starzejącej się populacji częstą nabytą wadą serca związaną z przebudową serca spowodowaną przewlekłymi schorzeniami jak lewokomorowa zastoinowa niewydolność serca, długotrwałe migotanie przedsionków (AF) czy nadciśnienie płucne. Ciężka niedomykalność trójdzielna (TV) towarzyszy 30% populacji z niedomykalnością mitralną. Klasyczne leczenie operacyjne, nawet jeżeli w ocenie klinicznej daje szansę na poprawę przeżycia i jakości życia, w starszej populacji łączy się z nadmiernie wysokim ryzykiem okołoperacyjnym. Stąd rosnące znaczenie metod małoinwazyjnych. Przedstawiamy przypadek zastosowania małoinwazyjnych technik leczenia niedomykalności obu ujść żylnych i klasyczną elektrodą w świetle TV z rozbudowaną dokumentacją obrazową.

Opis: Pacjent lat 84 z wielochorobowością oraz niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory, chorobą wieńcową, przetrwałym AF, nadciśnieniem tętniczym został przyjęty do Oddziału Elektrokardiologii z powodu ciężkich niedomykalności mitralnej i trójdzielnej w klasie czynnościowej NYHA III/IVa. Przed rokiem w przebiegu odelektrodowego infekcyjnego zapalenie wsierdza, usunięto klasyczny układ dwujamowego stymulatora DDD i zastosowano rozrusznik DDD, ale z elektrodą prawokomorową stymulującą bezpośrednio układ bodźcoprzewodzący (CSP). Pacjenta zdyskwalifikowano z leczenia kardiochirurgicznego. Ewentualną kwalifikację do przezskórnej naprawy obu zastawek uzależniono od usunięcia elektrody CSP przebiegającej przez światło TV i uniemożliwiającej zastosowanie przezskórnego systemu TriClip w pozycji trójdzielnej. W związku z tym usunięto układ DDD- CSP i wszczepiono dookoniuszko bezelektrodowy stymulator serca (leadless) – Abbott AVEIR. Następnie wykonano jednoczesowe przezskórne klipsowanie zastawek mitralnej oraz TV. Docelowo, w zależności od klinicznych efektów zaplanowano wszczepienie kolejnego układu Abbott AVEIR do prawego przedsionka dla uzyskania synchronicznej stymulacji przedsionkowo-komorowej, pod warunkiem uzyskania powrotu rytmu zatokowego.

Komentarz: Rozwój technik opartych o stymulatory typu leadless oraz doskonalenie małoinwazyjnych technik naprawy zastawek, przynosi mniejszą częstość kolejnych hospitalizacji oraz ograniczenie objawów klinicznych. Upowszechnienie metod małoinwazyjnych w różnorodnych scenariuszach daje szansę lepszej jakości życia u pacjentów wcześniej nie kwalifikującym się do przezskórnego leczenia TV ze względu na obecność klasycznej elektrody w jej świetle.

Prehabilitacja i rehabilitacja u pacjenta po zabiegu endoprotezowania stawu skroniowo-żuchwowego

Julia Maślanka, Jakub Fiegler- Rudol

Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny

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

Wstęp: Rosnąca liczba pacjentów cierpiących z powodu urazów, ankylozy czy zwyrodnień stawu skroniowo-żuchwowego wymaga zaawansowanych i spersonalizowanych metod leczenia, takich jak indywidualne endoprotezy. Projektowanie implantów, oparte na szczegółowej diagnostyce, umożliwia ich dostosowanie do specyficznych warunków anatomicznych pacjenta. Prehabilitacja, definiowana jako przygotowanie pacjenta do operacji poprzez wzmocnienie jego organizmu i poprawę ogólnej sprawności, ma na celu zmniejszenie ryzyka powikłań i przyspieszenie powrotu do zdrowia po zabiegu. Rehabilitacja natomiast obejmuje działania terapeutyczne podejmowane po operacji, które mają na celu przywrócenie funkcji narządu żucia, zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawę jakości życia pacjenta. Oba procesy są kluczowe w kompleksowym leczeniu pacjentów poddanych zabiegowi endoprotezowania stawu skroniowo-żuchwowego.

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie znaczenia prehabilitacji i rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów po zabiegu endoprotezowania stawu skroniowo-żuchwowego oraz analiza zastosowania indywidualnych implantów w oparciu o przypadki kliniczne. Praca podkreśla rolę precyzyjnego planowania zabiegów, zastosowania szablonów chirurgicznych oraz efektywności opracowanych algorytmów rehabilitacyjnych w przywracaniu funkcji narządu żucia i artykulacji.

Metodologia: W pracy omówiono trzy przypadki pacjentów leczonych w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej SPSKM SUM w Katowicach. W wyniku rozległych uszkodzeń pourazowych lub dysplazji kości, pacjentom przeprowadzono resekcję żuchwy bądź hemimandibulektomię. Na podstawie tomografii komputerowej zaprojektowano szablony chirurgiczne, których celem było precyzyjne określenie zasięgu zabiegu oraz odtworzenie utraconych struktur kostnych. Wszczepienie indywidualnych implantów endoprotez stawu skroniowo-żuchwowego przeprowadzono z uwzględnieniem anatomicznych uwarunkowań każdego pacjenta. Po operacji zastosowano opracowane w oddziale algorytmy rehabilitacyjne, które umożliwiły przywrócenie prawidłowej funkcji układu stomatognatycznego oraz poprawę artykulacji. W terapii pozabiegowej zastosowano metody zmniejszające ból, przywracające czucie w obrębie twarzoczaszki, poprawiające zakres odwodzenia żuchwy i redukujące obrzęk.

Wnioski: Indywidualne endoprotezy stawu skroniowo-żuchwowego są optymalnym rozwiązaniem w rekonstrukcji uszkodzonej tkanki kostnej. Umożliwiają zachowanie funkcji żucia i prawidłowej artykulacji, co znacząco wpływa na jakość życia pacjentów. Szablony chirurgiczne, wykonane na podstawie tomografii komputerowej, odegrały kluczową rolę w planowaniu i przeprowadzeniu zabiegów. Zaprojektowane endoprotezy zostały wszczepione z uwzględnieniem specyficznych warunków anatomicznych pacjentów. Rehabilitacja według opracowanych algorytmów była kluczowym elementem terapii przyczyniając się do przywrócenia prawidłowego funkcjonowania narządu żucia oraz artykulacji.

Zastosowanie diagnostyki obrazowej w kwalifikacji rozległej malformacji naczyniowej (VM) wargi dolnej do zabiegu usunięcia zmiany laserem diodowym techniką przezśluzówkowej termokoagulacji (TMT)

Zofia Stefanik, Julia Bartecka

Studenckie Koło Naukowe Katedry i Zakładu Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**Opiekun pracy:
dr n. med. Natalia Stefanik,
dr hab. n. med. Rafał Wiench**

Wstęp: Malformacje naczyniowe (VMs, ang. Vascular Malformations) to wady anatomiczne charakteryzujące się powiększonymi, nieprawidłowymi i rozszerzonymi naczyniami, które nie wykazują proliferacji komórek śródbłonka. W leczeniu VMs jamy ustnej stosuje się różne metody terapeutyczne, takie jak chirurgiczne wycięcie, skleroterapia, krioterapia czy terapia laserowa. Opis przypadku przedstawia kryteria kwalifikacji rozległej malformacji żyłnej (VM) do leczenia za pomocą lasera diodowego, z zastosowaniem zaawansowanych metod diagnostycznych, takich jak ultrasonografia Dopplerowska oraz skanowanie naczyniowe. Wykorzystane techniki diagnostyczne umożliwiają precyzyjne zaplanowanie leczenia VM laserem diodowym z wykorzystaniem techniki przezśluzówkowej termokoagulacji (TMT, ang. Transmucosal Thermocoagulation).

Opis zabiegu: 36-letni pacjent zgłosił się celem konsultacji rozległej malformacji naczyniowej zlokalizowanej na wardze dolnej. Klinicznie zmiana egzofityczna, o purpurowym zabarwieniu, elastycznej konsystencji, asymptotyczna. W wywiadzie pacjent nie podawał chorób ogólnoustrojowych, nie przyjmował na stałe leków, nie zgłaszał żadnych alergii ani używek. Wstępna diagnostyka VM obejmowała badanie USG Doppler, które dostarczyło kluczowych informacji o charakterystyce przepływu krwi, wielkości i głębokości lokalizacji zmiany pod powierzchnią błony śluzowej, co pozwoliło na wybór właściwej metody leczenia. Przed leczeniem laserowym zastosowano dodatkowo skaner naczyniowy Vein Finder Q60 (Qualmadi Technology, Hefei, Chiny) w celu wyznaczenia dokładnych granic oraz wizualizacji sieci naczyniowej zmiany. Leczenie VM o wolnym przepływie krwi przeprowadzone zostało przy użyciu lasera diodowego SmartMPRO (Lasotronix, Piaseczno, Polska) techniką TMT. Zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowym, stosując laser o długości 980 nm w trybie pracy ciągłej (CW, ang. Continuous Wave), z mocą wyjściową 4 W, przez 35 sekund (fluencja 175000 J/cm²) przy użyciu nieaktywowanego światłowodu o średnicy 320 μm, w technice bezkontaktowej i rozfokusowanej.

Wnioski: Zastosowane metody diagnostyczne zapewniły zarówno bezpieczeństwo, jak i wysoką skuteczność leczenia laserowego VM wargi dolnej. Całkowite wygojenie zmiany, bez powstania blizny, odnotowano w 28. dniu po zabiegu. Po trzech miesiącach zaobserwowano pełne przywrócenie funkcji wargi dolnej oraz satysfakcjonujący efekt estetyczny, co potwierdza skuteczność zastosowanej metody.

Wielofalowy laser diodowy w chirurgii zmian guzkowatych jamy ustnej – opis przypadku

Julia Bartecka, Zofia Stefanik

Studenckie Koło Naukowe Katedry
i Zakładu Chorób Przyzębia i Błony
Śluzowej Jamy Ustnej,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Natalia Stefanik,
dr hab. n. med. Dariusz
Skaba,
dr hab. n. med. Rafał Wiench

Wstęp: Włókniaki to łagodne zmiany nowotworowe, często występujące w jamie ustnej, szczególnie u pacjentów użytkujących ruchome uzupełnienia protetyczne. Ich etiologia jest najczęściej związana z przewlekłym drażnieniem błony śluzowej, m.in. na skutek parafunkcji, takich jak nagryzanie policzków i warg. Jedną z nowoczesnych metod usuwania tych zmian jest zastosowanie lasera diodowego.

Opis zabiegu: 68-letnia pacjentka zgłosiła się celem konsultacji licznych zmian guzkowatych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. W wywiadzie nie podawała chorób ogólnoustrojowych, przewlekłego stosowania leków, alergii ani nałogów. Pacjentka zaobserwowała zmiany dwa lata wcześniej; wykazywały one powolny wzrost. Klinicznie stwierdzono egzofityczne, uszypułowane guzki o elastycznej konsystencji, gładkiej i niezmienionej powierzchni błony śluzowej, niebolesne przy palpacji, zlokalizowane na obu policzkach i wardze dolnej. Ich liczba i wielkość powodowały trudności w przyjmowaniu pokarmów, mówieniu oraz użytkowaniu uzupełnień protetycznych. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu usunięcia zmian z zastosowaniem wielofalowego lasera diodowego SMARTm o długości fali 635 i 980 nm. Okolicę zmian znieczulono nasiękowo. W celu ułatwienia procedury chirurgicznej zastosowano nici nylonowe pełniące funkcję „lejców”, umożliwiające odciągnięcie zmian patologicznych. Zabieg usunięcia przeprowadzono z wykorzystaniem długości fali 980 nm. Zastosowano automatyczny program „włókniaki” stosując aktywowany światłowód o średnicy 320 μm , w trybie kontaktowym, z modulowanym trybem pracy (IMP). Ustawienia lasera obejmowały czas impulsu wynoszący 100 μs , czas przerwy – 100 μs , wypełnienie – 50% oraz moc średnią – 4 W. Uzyskano pięć próbek tkankowych, które przesłano do badania histopatologicznego. W celu polepszenia procesu gojenia oraz zwiększenia komfortu pacjentki ranę pozabiegową poddano fotobiomodulacji laserowej. W tym celu wykorzystano drugą długość fali lasera (635 nm) stosując automatyczny program „gojenie pochirurgiczne”. Badanie histopatologiczne potwierdziło wstępne rozpoznanie kliniczne: włókniaki.

Wnioski: Prezentowany przypadek zastosowania wielofalowego lasera diodowego potwierdza jego wszechstronne możliwości oraz niewątpliwie korzyści płynące z jego działania. Jedno urządzenie pozwoliło na precyzyjne, czyste cięcie tkanek miękkich z jednoczesową koagulacją eliminującą krwawienie śród- i pozabiegowe oraz konieczność zakładania szwów, a także na fotobiomodulację wspomagającą procesy gojenia się tkanek.

Kiedy każdy oddech ma znaczenie: Leczenie bronchoskopowe raka płuca z krytycznym zwężeniem oskrzela

Julia Drewniak, Wiktoria Matyszkiewicz, Bartosz Tempka

**SKN przy Klinice Chorób Płuc
i Gruźlicy Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Szymon
Skoczyński**

Wstęp: Nowotwory płuc mogą lokalizować się przywnękowo lub naciekać oskrzela w sposób istotnie zaburzający ich drożność, czego konsekwencją jest upośledzenie wydolności oddechowej i infekcje. Nierzadko są to pierwsze objawy, z którymi pacjenci zgłaszają się do lekarza.

Opis przypadku: 78-letnia pacjentka z wieloletnim uzależnieniem od nikotyny i chorobami przewlekłymi zgłosiła się z nasilającą się dusznością, spadkiem masy ciała o 20 kg w ciągu roku i wyraźnym osłabieniem. Badania obrazowe wykazały dużą zmianę guzową w płacie górnym prawego płuca, która uwypuklała się do światła oskrzela głównego prawego, powodując niedrożność w 90%. Podczas badania bronchoskopowego pobrano popłuczyny do badań cytologicznych, bakteriologicznych oraz wycinki z guza płuca prawego. W wyniku diagnostyki stwierdzono raka płaskonabłonkowego. W posiewie z dolnych dróg oddechowych uzyskano wzrost licznych lekoopornych patogenów. Wdrożono leczenie wieloetapowe: zastosowano antybiotykoterapię celowaną oraz przeprowadzono interwencyjną bronchofiberoskopię, podczas której usunięto część guza za pomocą kriosondy. Wykonano również częściowe odbarczenie oskrzela do płata górnego płuca prawego przywracając jego drożność w ok 50%. Po poprawie parametrów oddechowych pacjentka została wypisana w stabilnym stanie ogólnym, niewymagająca tlenoterapii z zaleceniami rozpoczęcia leczenia systemowego.

Wnioski: Wykonanie endoskopowego debulkingu masy guza jest zabiegiem paliatywnym, który zmniejsza dolegliwości związane z miejscowymi powikłaniami raka płaskonabłonkowego. W przypadku prawidłowo zakwalifikowanej pacjentki zabieg znacząco poprawił komfort życia chorej do czasu wdrożenia leczenia systemowego.

Posttraumatic herniation of the liver to the right hemithorax: a case report

Karolina Zofia Kowalczyk

**Studenckie Koło Naukowe
przy Klinice Kardiologii WUM**

**Opiekun pracy:
Bartosz Kubisa MD PhD,
Michał Grąt MD PhD,
Mariusz Kuśmierczyk MD PhD**

Background: Traumatic diaphragmatic injury is relatively uncommon. It's mostly caused by traffic accidents. It can become lethal in case of herniation or strangulation of abdominal viscera. Depending on location, misplaced organs include stomach, liver, intestines or all combined. It requires surgical intervention, which in effort of keeping it minimally invasive, can pose a real challenge.

Case Report: 42-year-old male complaining of shortness of breath was admitted to the hospital. He had a history of traffic accident in 2022, which resulted in two broken ribs and diaphragmatic tear. At that time patient refused surgery. Two years later, when the respiratory problems started to exacerbate, he was referred to Thoracic Department of Warsaw Medical University. Radiological imaging was inconclusive as to differentiate between diaphragmatic tear or relaxation, so he was qualified for exploratory thoracotomy. Initial incision revealed diaphragmatic herniation with part of the right lobe of the liver and the gallbladder transposed through the opening. It was impossible to visualise back lip of the opening in diaphragm which had scarred and adhered to the back of the liver. General surgeons were consulted and released that connection, without making additional incisions. Some tissue near inferior vena cava has been left due to high risk of haemorrhage. Liberation of adhesions, administration of additional muscle relaxants and positioning the patient in reverse Trendelenburg allowed to return the misplaced viscera to the abdomen. Then a net was sewn into the borders of the opening in diaphragm. It was impossible to sew both sides together as muscles of the diaphragm have atrophied and created an oval hole. Patient was discharged 4 days after surgery without complications.

Conclusions: Combined surgery utilises knowledge and experience of surgeons of different specialties. Treatment of such case would be impossible without cooperation of Thoracic and General surgeons.

Zespolenie przewodowo-jelitowe sposobem Roux-Y u pacjenta z jatrogenym uszkodzeniem dróg żółciowych i wtórnym zapaleniem otrzewnej po cholecystektomii laparoskopowej

Jonasz Osiecki, Mateusz Stępień, Marta Strauchman

SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii
Przewodu Pokarmowego,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Beata
Jabłońska

Wstęp: Jatrogenne uszkodzenia dróg żółciowych (JUDŻ) po cholecystektomii są trudnym problemem chirurgii przewodu pokarmowego. Nierozpoznane lub niewłaściwie leczone mogą powodować poważne wczesne i odległe powikłania, między innymi żółciowe zapalenie otrzewnej, wstrząs septyczny, marskość żółciową i niewydolność wątroby. W mniejszych uszkodzeniach stosuje się metody endoskopowe, lecz w rozległych przypadkach konieczne jest leczenie chirurgiczne w celu odtworzenia prawidłowego przepływu żółci. Właściwe postępowanie z JUDŻ jest istotne dla uniknięcia zagrażających życiu powikłań.

Opis przypadku: Pacjent 65-letni został przyjęty z JUDŻ po laparoskopowej cholecystektomii wykonanej z powodu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego w innym szpitalu tydzień wcześniej. Pacjent został wypisany po zabiegu operacyjnym w stanie ogólnym dobrym. W 4. dobie pooperacyjnej zgłosił się z bólem nadbrzusza, gorączką i nudnościami. Badanie przedmiotowe wykazało objawy otrzewnowe. Badania TK oraz MR wykazały wolny płyn w jamie otrzewnej i uszkodzenie przewodu żółciowego wątrobowego wspólnego z kikutem proksymalnym (1 cm) we wnęce wątroby, zaś odcinek dystalny został zaklipsowany. Zastosowano leczenie zachowawcze, a w 5. dobie wykonano relaparoskopię, drenaż 1000 ml żółci i przeprowadzono nieskuteczną próbę endoskopowego zamknięcia przetoki żółciowej. Z powodu narastających dolegliwości pacjenta przekazano do ośrodka doświadczonego w leczeniu chirurgicznym JUDŻ, gdzie w warunkach rozlanego żółciowego zapalenia otrzewnej wykonano zespolenie przewodu wątrobowego wspólnego z pętlą jelita czczego metodą Roux-Y. Śródoperacyjnie rozpoznano JUDŻ stopnia E3 wg Strasberga, obejmującą ubytki przewodu żółciowego i wątrobowego wspólnego (4-5 cm). Usunięto 10 klipsów tytanowych. Pacjent został wypisany w 15. dobie pooperacyjnej w stanie ogólnym dobrym.

Wnioski: Wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie odgrywa kluczową rolę w w przypadku JUDŻ. Pomimo zaawansowanych technik endoskopowych i radiologicznych nie wszystkie JUDŻ można zaopatrzyć metodami małoinwazyjnymi. W przypadku rozległych urazów nadal konieczne jest leczenie operacyjne. Wczesna decyzja o przekazaniu pacjenta do ośrodka doświadczonego w chirurgii dróg żółciowych pozwala na zmniejszenie ryzyka zagrażających życiu powikłań. Warto podkreślić również znaczenie współpracy interdyscyplinarnej między zespołem chirurgicznym, gastroenterologami i radiologami interwencyjnymi w leczeniu JUDŻ.

Diagnostyka i terapia Pacjentki z rakiem brodawki Vatera

Michał Dróżdż

**SKN przy Katedrze i Klinice
Gastroenterologii i Hepatologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Piotr Wosiewicz**

Wstęp: Raki brodawki Vatera to względnie rzadkie nowotwory stanowiące mniej niż 2% wszystkich raków przewodu pokarmowego. Rozrastają się w miejscu połączenia dróg żółciowych z dwunastnicą i obejmują okolice brodawki Vatera. Do najczęstszych objawów należą: żółtaczka cholestatyczna, świąd skóry oraz dyskomfort i ból brzucha.

Opis przypadku: U 63-letniej Pacjentki, zgłaszającej puste odbijania, zgaę i uczucie pełności w nadbrzuszu wykonano tomografię komputerową, podczas której uwidoczniło zmianę ogniskową w dwunastnicy obrazem odpowiadającą polipowi. W wykonanej po dwóch tygodniach gastroduodenoskopii uwidoczniło duży guz brodawki Vatera i pobrano wycinki. Podczas badania histopatologicznego wycinków stwierdzono obecność gruczolaka G1. Ze względu na wysokie ryzyko powikłań endoskopowej resekcji zdecydowano o leczeniu operacyjnym. Wykonano cholecystektomię, choledochotomię, duodenotomię z wycięciem gruczolaka i ampullektomią oraz częściową plastyką przewodu żółciowego wspólnego. Po dwóch miesiącach Pacjentkę ponownie operowano ze względu na objawy niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wykonano wówczas zespolenie żołądkowo-jelitowe bok do boku przedpoprzecnicze. Od tamtej pory Pacjentka była trzykrotnie hospitalizowana w trybie pilnym. W jednym przypadku hospitalizacja była spowodowana obecnością zbiornika płynowego wywołującego silne dolegliwości bólowe jamy brzusznej, a w pozostałych dwóch przypadkach wystąpiły objawy niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego. W każdym z tych trzech przypadków dolegliwości z dobrym efektem leczono zachowawczo.

Wnioski: Pomimo tego, że raki brodawki Vatera, w porównaniu do innych nowotworów dróg żółciowych wcześniej powodują wystąpienie objawów, proces diagnostyczno-terapeutyczny może być długotrwały i skomplikowany. Do osiągnięcia zadowalających efektów terapii wymagana jest współpraca lekarzy wielu specjalizacji i nierzadko rozległe zabiegi operacyjne.

SESJA PRZYPADKÓW INTERNISTYCZNYCH III

Rzadki przypadek chłoniaka ośrodkowego układu nerwowego (PCNSL) i rola spektroskopii rezonansu magnetycznego (MRS) jako różnicującego narzędzia diagnostycznego.	56
Powikłania w chorobie Leśniowskiego-Crohna - postępowanie terapeutyczne w przypadku ich wystąpienia.	57
Nietypowy obraz kliniczny powikłanego PSC z rakiem dróg żółciowych	58
Lepiej późno niż wcale. Mukowiscydoza rozpoznana u 40-letniej pacjentki.	59
Rak nie taki straszny jak go malują - nowa nadzieja w leczeniu	60
Głęboka hipotermia i NZK – kiedy czas staje w miejscu	61
Jednoczesne leczenie dwóch nowotworów hematologicznych	62
Managing High-Risk Cardiac Patients with HF and CCS: The Role of Impella CP and Wearable Defibrillator	63
Typowe powikłanie, nietypowy patogen. C. Indologenes w zapaleniu płuc związanym z wentylacją mechaniczną.	64
Wyniszczenie i rozstrzenie oskrzeli: walka z błędnym kołem choroby.	65

Rzadki przypadek chłoniaka ośrodkowego układu nerwowego (PCNSL) i rola spektroskopii rezonansu magnetycznego (MRS) jako różnicującego narzędzia diagnostycznego

Adam Kowalski, Magdalena Czarnota

Koło Farmakologii przy Zakładzie
Farmakologii SUM Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Anna
Bielecka Wajdman

Wstęp: Pierwotny chłoniak ośrodkowego układu nerwowego (PCNSL) pochodzący z komórek B CD20+ jest rzadkim nowotworem - stanowi około 4% chłoniaków śródczaszkowych. Charakteryzuje się agresywnym przebiegiem i niekorzystnym rokowaniem. Choć przyczyna PCNSL jest nieznaną, wiadomo, że chłoniak ten częściej występuje u osób z chorobami autoimmunologicznymi lub w wyniku leczenia immunosupresyjnego. PCNSL jest wysoce wrażliwy na steroidoterapię, która powoduje jego zmniejszenie nawet po 48 godzinach (topienie guza). U pacjentów występuje szereg niespecyficznych objawów neurologicznych wymagających wysublimowanej diagnostyki różnicującej, w tym spektroskopii rezonansu magnetycznego (MRS).

Opis przypadku: 56-letnia kobieta została przyjęta na Oddział Neurologii Górnośląskiego Centrum Medycznego im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Od dwóch lat pacjentka była pod kontrolą neurologiczną i psychiatryczną z powodu trudnych do zidentyfikowania w rezonansie magnetycznym zmian ogniskowych w mózgu, które manifestowały się zachowaniem agresywnym, afazją mieszaną, cechami zespołu otępiennego, dezorientacją i myślami samobójczymi. Ze względu na podejrzenie procesu autoimmunologicznego lub rozrostowego zastosowano steroidoterapię. W wyniku terapii, w badaniu MR stwierdzono znaczną regresję zmian w mózgu, ustąpiły objawy kliniczne i dlatego odstąpiono od wykonania biopsji. W krótkim czasie po zakończeniu steroidoterapii u pacjentki doszło jednak do nasilenia objawów neurologicznych, wymagających hospitalizacji. Ponieważ wysunięto podejrzenie stwardnienia rozsianego (SM) lub zejściowych zmian po ostrym rozsianym zapaleniu mózgu i rdzenia (ADEM) włączono leczenie immunosupresyjne. Po uzyskaniu stabilnego obrazu kliniczno-radiologicznego zalecono stopniowe odstawienie leczenia. W wyniku kolejnego pogorszenia stanu klinicznego pacjentki, zdecydowano o pogłębieniu diagnostyki o badanie MRS, które dostarcza informacje na temat przyżyciowego metabolizmu tkanek mózgowych bez konieczności podawania środka kontrastującego czy promieniowania jonizującego. Badanie wykluczyło proces zapalny, wskazując na proces rozrostowy demielinizacyjny. Biopsja stereotaktyczna potwierdziła u pacjentki chłoniaka pierwotnego z komórek B.

Wnioski: MRS jako nieinwazyjna metoda obrazowania choć nie może być traktowane jako podstawa postawienia ostatecznej diagnozy, stanowi istotne wsparcie w diagnostyce i różnicowaniu trudnych lub nietypowych przypadków neurologicznych oraz monitorowaniu efektów terapii.

Powikłania w chorobie Leśniowskiego-Crohna - postępowanie terapeutyczne w przypadku ich wystąpienia

Kaja Sobieszczuk, Karolina Jankowska

**SKN Katedra i Klinika
Gastroenterologii i Hepatologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr n. med. Piotr Wosiewicz**

Wstęp: Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) jest autoimmunologiczną, przewlekłą, idiopatyczną, nieswoistą chorobą zapalną jelit, która może prowadzić do poważnych powikłań, w tym zwężeń i perforacji jelitowych. Lokalizacja komplikacji w okolicy krętniczko-kątniczej jest jedną z najczęstszych wymagających leczenia chirurgicznego.

Opis przypadku: 36-letnia pacjentka z ChLC oraz z podejrzeniem przetok międzypętlowych, zgłosiła się na Oddział Gastroenterologii i Hepatologii UCK im. prof. K.Gibińskiego w Katowicach, w celu oceny aktywności choroby oraz ewentualnej kwalifikacji do leczenia biologicznego. Z powodu zgłoszenia przez pacjentkę nadmiernej dobowej ilości luźnych wypróżnień oraz towarzyszącego bólu podbrzusza wykonano enterografię TK. Wykazano stan zapalny jelita krętego ze zwężeniem światła drogi pokarmowej, poszerzeniem pętli jelita cienkiego oraz podejrzeniem przetoki krętniczko-kątniczej. Na podstawie wysokiej aktywności choroby Crohna oraz niepokojących wyników badań obrazowych podjęto decyzję o intensyfikacji leczenia - włączeniu steroidoterapii ogólnoustrojowej oraz zakwalifikowaniu do leczenia biologicznego. Krótko po hospitalizacji u chorej wystąpiła niedrożność dystalnego odcinka jelita biodrowego i perforacja jelita krętego w miejscu zwężenia, powikłana kałowym zapaleniem otrzewnej. U pacjentki wykonano wówczas w trybie pilnym prawostronną hemikolektomię z wyłonieniem ileostomii. W trakcie leczenia odnotowano zmniejszenie aktywności choroby w badaniu endoskopowym oraz znaczną poprawę stanu klinicznego. Ze względu na dobre samopoczucie pacjentki, pozostawała ona w obserwacji ambulatoryjnej, jak również zalecono termin rehospitalizacji celem oceny zmian postępowych choroby i podjętych decyzji terapeutycznych. Kontrolne badanie kolonoskopowe z biopsją wykryło pojedynczą zmianę aftową w jelicie krętym, natomiast w odcinku jelita grubego stwierdzono zmiany zapalne błony śluzowej z wyłączenia. Stan pacjentki jest stabilny. W ramach programu terapeutycznego kontynuuje terapię indukcyjną ustekinumabem.

Wnioski: U pacjentów z aktywną, ciężką chorobą Leśniowskiego-Crohna w czasie zaostrzeń dochodzi do kumulacji uszkodzeń jelita, w tym także do wystąpienia zagrażających życiu powikłań, takich jak ropnie, przetoki, zwężenia. Osiągnięcie pełnej remisji klinicznej, biochemicznej i endoskopowej może zapobiec trwałym uszkodzeniom przewodu pokarmowego oraz wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia powikłań w przyszłości, dlatego tak kluczowe jest zindywidualizowanie programów leczenia pacjentów.

Nietypowy obraz kliniczny powikłanego PSC z rakiem dróg żółciowych

Agata Łosiewicz, Amanda Bandyk

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Piotr Wosiewicz

Wstęp: PSC, czyli pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, to choroba przewlekła, prawdopodobnie na podłożu autoimmunologicznym, prowadząca do zwężeń przewodów żółciowych w wyniku ich zapalenia i włóknienia. W jej przebiegu dochodzi do postępującego uszkodzenia wątroby, aż do stadium marskości. U znacznej części pacjentów z PSC stwierdzane jest występowanie nieswoistych chorób zapalnych jelit, jak WZJG lub ChLC. W konsekwencji wzrasta ryzyko rozwoju nowotworów złośliwych: jelita grubego oraz przewodów żółciowych.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 64-letniego pacjenta z PSC, chorobą Leśniowskiego Crohna, cukrzycą typu 2, pierwotnym nadciśnieniem tętniczym oraz kamicy nerkową, u którego 9 lat temu rozpoznano PSC. Chory był wielokrotnie leczony w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii UCK w Katowicach z powodu objawów zapalenia dróg żółciowych spowodowanych niedrożnością protezy żółciowej. W trakcie wielokrotnych hospitalizacji wykonano 20 zabiegów ECPW. W trakcie leczenia podjęto kilka prób pozostawienia pacjenta bez protezy żółciowej, co w krótkim czasie doprowadziło do obturacji dróg żółciowych z ich wtórnym zapaleniem, wymagającej ponownego protezowania. W 2016 roku u pacjenta został rozpoznany rak dróg żółciowych, na podstawie wyniku badania patomorfologicznego, w którym stwierdzono nieliczne płyty nabłonka z atypią i pojedynczymi figurami podziałowymi. W związku z tym wdrożono 16 cykli chemioterapii (cisplatyna+ gemcytabina), zakończonych w 2017 roku. W trakcie dalszej obserwacji antygeny: CA 19-9 pozostawał w normie, natomiast antygen CEA był podwyższony (wahania od 5,36 do 10,12 ng/ml). W 2018 roku w badaniu TK opisano podejrzenie infiltracji o charakterze nowotworowym, na granicy przewodu żółciowego wspólnego oraz wątrobowego wspólnego.

Wnioski: PSC to podstępna, przewlekła, choroba, której leczenie polega na zastosowaniu kwasu ursodeoksycholowego, utrzymaniu drożności przewodów żółciowych, a w zaawansowanych przypadkach przeszczepieniu wątroby. Wielokrotne hospitalizacje oraz często powtarzane zabiegi endoskopowe stanowią nie lada wyzwanie. PSC związane jest z występowaniem licznych powikłań, w tym z rozwojem raka dróg żółciowych, który dyskwalifikuje chorego z transplantacji wątroby. Diagnostyka nowotworów dróg żółciowych na podłożu PSC jest trudna.

Lepiej późno niż wcale. Mukowiscydoza rozpoznana u 40-letniej pacjentki

Barbara Grochowska, Paulina Kluszczczyk, Mikołaj Rycerski

**Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Chorób Płuc
i Gruźlicy w Zabrze;
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Daria Syguła,
lek. Aleksandra Oraczewska**

Wstęp: Mukowiscydoza to najczęstsza choroba monogenowa, która prowadzi do nadmiernego gromadzenia się gęstego śluzu w układzie oddechowym, pokarmowym i rozrodczym na skutek mutacji genu CFTR kodującego kanał dla jonu chlorkowego. Choroba zwykle diagnozowana jest przed 2. rokiem życia, dzięki wykonywaniu badań przesiewowych poziomu immunoreaktywnego trypsynogenu u noworodków, analizie genetycznej i testowi potowemu, dlatego pacjenci, u których diagnoza postawiona została w wieku dorosłym należą do rzadkości.

Opis przypadku: 40-letnia pacjentka z przewlekłym zapaleniem oskrzeli (PZO) oraz zatorów z towarzyszącym uporczywym kaszlem, została przyjęta do Oddziału Chorób Płuc w trybie planowym. Z powodu licznych infekcji dróg oddechowych, wielokrotnie miała ambulatoryjnie włączaną antybiotykoterapię, a diagnostykę poszerzano o konsultacje pulmonologiczne, alergologiczne i laryngologiczne, w tym funkcjonalną endoskopową operację zatorów (FESS). W badaniu tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (HRCT) klatki piersiowej uwidoczniono cechy PZO. Pacjentka dotychczas była w trakcie diagnostyki z powodu sześciu zakończonych niepowodzeniem prób in vitro. Wobec całokształtu klinicznego, zdecydowano o wykonaniu badań genetycznych, stwierdzając obecność dwóch wariantów mutacji genu CFTR. Podczas hospitalizacji wykonano badania czynnościowe układu oddechowego, nie stwierdzając zaburzeń o typie restrykcji ani obturacji, także bez destrukcji w teście 6-minutowego marszu. W badaniu bronchofiberoskopii (FOB) uwidoczniono obraz PZO z wiotkością dróg oddechowych. W posiewie z pobranych popłuczyn pęcherzykowo-oskrzelowych (BAL) uzyskano znamieny wzrost *Staphylococcus aureus*, wobec czego włączono kloksacylinę. W badaniu genetycznym potwierdzono heterozygotyczną mutację CFTRdele 2,3 i 3849+10kBC niekwalifikującą się do leczenia modulatorami CFTR. Pacjentkę wypisano do domu w stanie stabilnym, z zaleceniami rehabilitacji oddechowej. Do leczenia włączono mukolityki oraz zalecono antybiotykoterapię w oparciu o sulfametoksazol i trimetoprim.

Wnioski: Diagnostyka różnicowa przewlekłych infekcji dróg oddechowych, wymagających stosowania wielokrotnej antybiotykoterapii bez uzyskania poprawy u osób dorosłych, powinna również obejmować wykluczenie mukowiscydozy, szczególnie przy współwystępowaniu niepowodzeń położniczych. Postępowanie takie pozwala ograniczyć kolejne zaostrzenia infekcyjne w przebiegu choroby podstawowej poprzez możliwość stosowania celowanej farmakoterapii i rehabilitacji oddechowej.

Rak nie taki straszny jak go malują - nowa nadzieja w leczeniu

Maciej Osman, Krzysztof Leś

**STN przy katedrze Pulmonologii w
Zabrze Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

**Opiekun pracy:
lek. Aleksandra Oraczewska**

Wstęp: Niedrobnokomórkowy rak płuca jeszcze niedawno obarczony był znacznym ryzykiem śmiertelności, mimo stosowania uwczesnych metod leczenia. Teraz pacjenci dzięki postępowi nauki mogą cieszyć się znacznie większym przeżyciem. Jedną z metod, która pozwala na uzyskanie takich efektów leczenia jest immunoterapia atezolizumabem.

Opis przypadku: 68-letni chory na niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium zaawansowanym, z utrzymującą się znaczną regresją po immunoterapii w 2 linii. Pacjent zgłosił się do Oddziału Pulmonologii w styczniu 2020 roku, z powodu zmian w RTG klatki piersiowej. W wywiadzie od pół roku uporczywy kaszel. Przy przyjęciu pacjent był w stanie ogólnym dobrym, ECOG1 (Skala sprawności wg Eastern Cooperative Oncology Group). Chory obciążony kardiologicznie. Wywiad zawodowy nieobciążający. W czasie hospitalizacji w TK klatki piersiowej, uwidocznił zmianę guzową w płucu prawym, bez zmian przerzutowych w obrębie obu płuc. W wykonanej bronchofiberoskopii uwidocznił obturowane oskrzele górnopłatowe prawe. W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego z w/w miejsca rozpoznano raka płaskonabłonkowego. Na podstawie całości obrazu radioklinicznego chorego zakwalifikowano do leczenia systemowego w oparciu o cisplatynę i navelbinę. Po 6 pełnych cyklach dokonano oceny radiologicznej w której opisano progresję wielkości zmiany rozrostowej płata górnego płuca prawego, Pacjenta zakwalifikowano do radioterapii. Po radioterapii pacjent został przyjęty do Oddziału z powodu podejrzenia progresji. W kontrolnej TK klatki piersiowej, uwidocznił zwiększenie wymiarów guza i pojawienie się nowych, przerzutów do nadnerczy. Pacjenta zakwalifikowano do immunoterapii w 2 linii: atezolizumab. Podano 18 cykli. Toilerancja leczenia była dobra. W lutym 2022 pacjenta wykonano obustronną adrenalektomię. Zakończono immunoterapię i poddano obserwacji. Do chwili obecnej stan chorego dobry ECOG 0, bez progresji radioklinicznej.

Wnioski: Atezolizumab jest lekiem o dużej skuteczności w leczeniu drugiej linii u pacjentów na niedrobnokomórkowego raka płuca oraz jest bezpieczną metodą leczenia u pacjentów obciążonych kardiologicznie.

Głęboka hipotermia i NZK – kiedy czas staje w miejscu

Magdalena Mąka, Jakub Mordarski

Koło Naukowe Medycyny Ratunkowej
SUM Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

Opiekun pracy:
dr n. med. Michał Starosolski

Wstęp: Głęboka hipotermia ($T < 28^{\circ}\text{C}$) stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i może prowadzić do nagłego zatrzymania krążenia (NZK). Mechanizmy adaptacyjne organizmu w ekstremalnych warunkach termicznych oraz odpowiednie strategie terapeutyczne odgrywają kluczową rolę w poprawie rokowania pacjentów. Niniejszy przypadek przedstawia postępowanie w NZK w kontekście głębokiej hipotermii, uwzględniając kluczowe aspekty leczenia i intensywnej terapii.

Opis przypadku: Pacjent NN został znaleziony nieprzytomny na zewnętrznych schodach budynku w stanie głębokiej hipotermii (temperatura ciała $24,6^{\circ}\text{C}$) oraz z ciężkim zaburzeniem świadomości (GCS 3). Stwierdzono również rażące zaniedbanie higieniczne oraz ubytek kostny w okolicy prawej skroni, będący następstwem wcześniejszej trepanacji. W trakcie transportu pacjent doznał napadu drgawkowego, po którym nastąpiło NZK. Natychmiast podjęto zaawansowane działania ratunkowe, obejmujące intubację, mechaniczną wentylację oraz trzykrotną defibrylację z powodu migotania komór (VF). W oddziale ratunkowym wdrożono intensywny protokół ogrzewania, który pozwolił podnieść temperaturę ciała z $25,4^{\circ}\text{C}$ do 30°C , oraz zastosowano farmakoterapię, dzięki czemu uzyskano spontaniczny powrót krążenia (ROSC). Kolejne etapy leczenia obejmowały wsparcie hemodynamiczne (noradrenalina), diagnostykę obrazową (TK mózgu, RTG klatki piersiowej) oraz konsultacje specjalistyczne, w tym gastroenterologiczną ze względu na obecność treści krwistej w żołądku. Po ustabilizowaniu stanu pacjent został ekstubowany i przekazany do dalszej opieki na oddział neurologii.

Wnioski: Głęboka hipotermia istotnie wpływa na rokowanie w przebiegu NZK, jednak odpowiednio wdrożone leczenie, w tym skuteczna resuscytacja i aktywne ogrzewanie, może prowadzić do odwrócenia stanu krytycznego. Przypadek ten podkreśla znaczenie szybkiej i skoordynowanej interwencji medycznej, a także konieczność interdyscyplinarnego podejścia w procesie diagnostyki i leczenia.

Jednoczesne leczenie dwóch nowotworów hematologicznych

Wiktor Terlecki

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Hematologii; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Opiekun pracy:
lek. Piotr Halicki**

Wstęp: Śledzionowy chłoniak strefy brzeżnej (SMZL) należy do indolentnych chłoniaków nie-Hodgkina wywodzących się z dojrzałych limfocytów B pochodzących ze strefy brzeżnej. Stanowi około 2% wszystkich chłoniaków. Pomimo braku znanej etiologii choroby zauważono wzrost zachorowań u pacjentów z hipersymulacją układu odpornościowego m.in w chorobach autoimmunologicznych oraz przewlekłych zakażeniach. Zespoły mielodysplastyczne (MDS) stanowią złożoną grupę chorób szpiku kostnego, które charakteryzują się morfologiczną dysplazją szpiku, nieefektywną hematopoezą prowadzącą do jedno- lub wieloliniowej cytopenii krwi obwodowej, obecnością nabytych nieprawidłowości genetycznych oraz podwyższonym ryzykiem transformacji w ostrą białaczkę szpikową (AML). Jego pojawienie się bywa wiązane z terapią cytostatyczną przeciwko innej chorobie, ale mechanizm tego zjawiska nie jest do końca wyjaśniony. Proponuje się, że terapia może promować ekspansję istniejących mutacji, a nie tworzenie nowych.

Opis przypadku: Kobieta w wieku 65 lat z wywiadem niedoczynności tarczycy, napadowego migotania przedsionków oraz cukrzycy typu 2 przyjęto do Kliniki Hematologii w celu przeprowadzenia diagnostyki pancytopenii, która została stwierdzona w kontrolnej morfologii. Przy przyjęciu pacjentka skarżyła się na typowe objawy B oraz nawracające infekcje. Na podstawie rutynowej diagnostyki stwierdzono koegzystencję chłoniaka śledzionowego strefy brzeżnej, a po trzech latach również zespołu mielodysplastycznego z towarzyszącą cytogenetycznie del 5q oraz del 17p. W pierwszej i drugiej linii leczenia chłoniaka pacjentce zaproponowano po 3 cykle R-COP, a następnie, z uwagi na progresję choroby, schemat R- PDN z następczą radioterapią. W terapii zespołu mielodysplastycznego natomiast zastosowano azacytydynę, erytropoetynę, danazol, filgrastym, talidomid oraz lenalidomid. Ostatnim schematem leczenia obu nowotworów był schemat R2. Pomimo zastosowanego leczenia utrzymywała się głęboka aplazja szpiku, która doprowadziła do rozległego udaru krwotocznego skutkującego zgonem.

Wnioski: Przypadek ten pokazuje, jak ważne jest holistyczne podejście do diagnostyki i leczenia, zwłaszcza przy współwystępowaniu dwóch nowotworów hematologicznych. Kluczową rolę odegrały badania genetyczne, które pozwoliły na dokładną charakterystykę obu chorób i dobór odpowiedniej terapii, która mogła działać na obie choroby.

Managing High-Risk Cardiac Patients with HF and CCS: The Role of Impella CP and Wearable Defibrillator

Jakub Borszcz, Jakub Kancerek, Marta Mielczarek

**SKN przy Katedrze i Klinice Kardiologii
i Elektroterapii Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. Agnieszka
Babinska,
lek. Mateusz Pajor**

Background: Managing patients with both heart failure with reduced ejection fraction and chronic coronary disease presents a significant clinical challenge, often making percutaneous coronary interventions (PCI) very difficult or even impossible. Impella CP device reduces the workload on the heart by pumping blood from the left ventricle into the aorta, providing critical hemodynamic support. Additionally, the wearable cardioverter defibrillator offers temporary protection against sudden cardiac arrest (SCA) when a permanent solution cannot yet be implemented.

Case: A 57-year-old male patient was diagnosed with chronic coronary syndrome, severe mitral and tricuspid regurgitation, arterial hypertension and heart failure with an ejection fraction of 15%. A coronary angiography was conducted which showed significant stenosis (70%) of the left main coronary artery. Based on the patient's condition, the cardiology team decided to perform high-risk PCI, utilizing the Impella CP. The procedure involved orbital atherectomy, followed by dilation of the left main coronary artery and the proximal and midsection of the anterior descending artery. After percutaneous coronary intervention, it was decided not to remove the Impella CP for a few days. However, bleeding from the Impella CP access site made it necessary to transfuse 5 red blood cell concentrates. In the days following the procedure, the patient's condition stabilized, and echocardiography revealed an increase in ejection fraction to 33%. Due to the complex clinical state and high risk of SCA, the patient was provided with a wearable defibrillator. He remains under the ongoing care of a cardiology clinic.

Conclusions: This case highlights the role of advanced technology like the Impella CP and wearable cardioverter defibrillator in supporting therapeutic processes. These technologies enable interventions even in patients with extremely unfavourable prognosis with severe cardiac conditions.

Typowe powikłanie, nietypowy patogen. C. Indologenes w zapaleniu płuc związanym z wentylacją mechaniczną.

Antoni Wołoszyn, Małgorzata Toroń, Paulina Agopsowicz

**Koło naukowy przy Klinice
Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

**Opiekun pracy:
dr hab. n. med. i n. o zdr.
Piotr Czempik**

Wstęp: Zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną (VAP) to częsta infekcja w oddziałach intensywnej terapii, występująca 48–72 godziny po intubacji. Częstość VAP zależy od wielu czynników, osiągając 5–40% wśród pacjentów wentylowanych mechanicznie. W Polsce dominującym patogenem jest *Acinetobacter baumannii*, jednak zdarzają się przypadki rzadziej spotykanych bakterii, takich jak *Chryseobacterium indologenes*. Ten wielolekooporny patogen, należący do rodziny Flavobacteriaceae, bywa przyczyną zakażeń szpitalnych, w tym bakteriemii, zakażeń dróg moczowych i płuc. Jego obecność w sprzęcie medycznym stanowi istotne zagrożenie, podkreślając potrzebę skutecznej diagnostyki i terapii.

Opis przypadku: Pacjentka z POChP, uzależnieniem od nikotyny i alkoholu została przyjęta w trybie pilnym na oddział anestezjologii i intensywnej terapii z dusznością i obniżonym poziomem świadomości. W trakcie hospitalizacji wymagała intubacji, wentylacji mechanicznej oraz wykonania tracheostomii z powodu niewydolności oddechowej. Badania mikrobiologiczne wykazały obecność *Chryseobacterium indologenes*, szczepu wielolekoopornego, który został skutecznie leczony trimetoprimem i sulfametoksazolem. Po ustabilizowaniu pacjentki, została przeniesiona na oddział chorób wewnętrznych.

Wnioski: Przedstawiony przypadek prezentuje VAP wywołane niezwykle rzadkim patogenem, wielolekoopornym. Kluczowym w leczeniu chorej była wcześniej wdrożona antybiotykoterapia celowana, potwierdzona antybiogramem. Istotnym jest zrozumienie patofizjologii zakażeń związanych z wentylacją mechaniczną, jak i sprawne postępowanie w przypadku infekcji spowodowanych patogenami alarmowymi.

Wyniszczenie i rozstrzenie oskrzeli: walka z błędnym kołem choroby

Anna Wittek, Anna Żlik, Karolina Szumińska

Studenckie Koło Naukowe przy
Katedrze i Klinice Chorób Płuc
i Gruźlicy

Opiekun pracy:
dr n.med. Patrycja Rzepka-
Wrona

Wstęp: Przewlekła całkowita niewydolność oddechowa to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia ciśnienia parcjalnego tlenu oraz wzrostu ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla we krwi. Najczęściej rozwija się w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, a ekstremalnie rzadko na skutek skrajnego niedożywienia.

Opis przypadku: 37-letnia pacjentka, aktywna zawodowo psycholog, u której w wieku pokwitania zdiagnozowano zaburzenia odżywiania oraz wyniszczenie (BMI 8,38 kg/m²). Wielokrotnie hospitalizowana w Oddziale Chorób Płuc z powodu zakażeń dolnych dróg oddechowych. Podczas ostatniej hospitalizacji stwierdzono: leukocytozę z przewagą neutrofilii oraz podwyższone parametry stanu zapalnego (CRP: 97 mg/L, prokalcytonina: 0,84 ng/mL). W gazometrii krwi tętniczej podczas biernej tlenoterapii (1 l/min): pH = 7,5; pCO₂ = 42 mmHg; pO₂ = 88 mmHg; HCO₃⁻ = 32 mmol/L. Rozpoczęto żywienie pozajelitowe preparatem Olimel N9E. Po podaniu ok. 500 kcal rozwinął się zespół ponownego odżywienia, manifestujący się tachykardią (110/min) i hipofosfatemią (0,42 mmol/L). Zredukowano podaż kalorii do 300 kcal/20 h, co doprowadziło do wzrostu masy ciała o 2,5 kg w ciągu 10 dni. Pomimo początkowego sukcesu (wzrost masy ciała do 30 kg), leczenie kontynuowane w Poradni Żywieniowej zakończyło się niepowodzeniem – trzykrotnie wystąpiła jatrogenna sepsa odcewnikowa. Pacjentka została ponownie przyjęta do szpitala z powodu infekcji dolnych dróg oddechowych przy masie ciała wynoszącej 22 kg. W gazometrii krwi tętniczej: pH = 7,41; pCO₂ = 55 mmHg; pO₂ = 80 mmHg; HCO₃⁻ = 34 mmol/L. W toku hospitalizacji konieczna była intubacja i przekazanie chorej do Oddziału Intensywnej Terapii. Pacjentka zmarła w 14 dobie hospitalizacji.

Wnioski: Skrajne wyniszczenie organizmu może prowadzić do całkowitej niewydolności oddechowej na skutek znacznego ubytku masy mięśniowej, w tym mięśni oddechowych. Brak możliwości skutecznego odżywienia chorego zwiększa ryzyko zgonu, a proces leczenia wiąże się z licznymi wyzwaniem. Wymaga on indywidualnego doboru niestandardowych dawek żywienia i antybiotyków oraz doboru sprzętu medycznego o rozmiarze pediatrycznym.