



**WINTER CASE  
CUP**

**2026**

**KSIĄŻKA ABSTRAKTÓW**

# Winter Case Cup 2026

---

## PRZEDMOWA

*Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy,  
czyli po prostu: Drodzy Narciarze i Narciarki,*

*Winter Case Cup powstał z potrzeby połączenia dwóch rzeczy, które w studenckiej medycynie napędzają nas najmocniej: ciekawości klinicznej i wspólnoty ludzi, którzy chcą się uczyć od siebie nawzajem. To konferencja zbudowana wokół case reports – krótkich historii pacjentów, które potrafią uczyć więcej niż niejeden rozdział podręcznika – oraz wokół zimowej przestrzeni, która sprzyja rozmowie, integracji i świeżemu spojrzeniu.*

*Wierzymy, że prezentacje przypadków to najlepszy „most” między teorią a praktyką: uczą myślenia diagnostycznego, porządkowania danych, argumentacji i klinicznej pokory. Dlatego tworzymy wydarzenie otwarte na różne specjalności, w którym każdy przypadek jest zaproszeniem do dyskusji, a każda dyskusja – krokiem do lepszej medycyny.*

*Chcemy też, by Winter Case Cup był spotkaniem, które zostaje w pamięci: nie tylko dzięki poziomowi merytorycznemu, ale również dzięki atmosferze wyjazdu. W wyjątkowych okolicznościach przyrody pragniemy reprezentować Śląski Uniwersytet Medyczny i nasz region, pokazując, że nauka może mieć energię, rytm i charakter.*

*Ten projekt narodził się na stoku – podczas pierwszego wspólnego narciarskiego wyjazdu Zarządu – i do dziś niesie tę samą ideę: łączyć ludzi i perspektywy, by rozwijać się razem. Do zobaczenia na trasie i na sali wykładowej.*

**Organizatorem Konferencji Winter Case Cup 2026 jest**



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

*Komitet Organizacyjny:*

*Michał Azierski,  
Jakub Fiegler-Rudol,  
Julia Herbuś  
Agnieszka Sawina,  
Olivier Połec*

*Pomoc techniczna:*

*Michał Nowak*

## Winter Case Cup 2026

---

### PODZIĘKOWANIA DLA SPONSORÓW



więcej niż LEK



medycyna **praktyczna**



*SESJA PRZYPADKÓW  
INTERNISTYCZNYCH I*

# Kardiomiopatia przedsionkowa – czy to choroba jednego przedsionka?

Dorota Woźniak, Marek Kuleszyński

**Afiliacja:** STN Kliniki Elektrokardiologii i  
Niewydolności Serca Katedry  
Elektrokardiologii, Śląski Uniwersytet  
Medyczny w Katowicach

**Opiekun Pracy:**  
dr n. med. Anna Drzwiecka,  
prof. dr hab. n. med. Krzysztof S Gołba

**Wstęp:** Kardiomiopatia przedsionkowa (ACM) obejmuje strukturalne, architektoniczne i elektrofizjologiczne zmiany w obrębie przedsionków, najczęściej lewego, prowadzące do istotnych następstw klinicznych. Jednym z kluczowych mechanizmów patofizjologicznych ACM jest włóknienie przedsionków, które sprzyja rozwojowi różnych postaci zaburzeń rytmu serca. Prezentujemy przypadek rzadko opisywanej kardiomiopatii prawego przedsionka wraz z dokumentacją obrazową, która istotnie usprawniła proces diagnostyczny i wpłynęła na strategię leczenia.

**Opis przypadku:** 73-letnia pacjentka z wywiadem choroby niedokrwiennej serca i dysfunkcji węzła zatokowego, po wszczępieniu stymulatora typu DDD w 2008 r. i jego wymianie w 2018 r.

W 2023 r. wykonano krioabłację żył płucnych z powodu migotania przedsionków. Kilka miesięcy później obserwowano epizod atypowego trzepotania przedsionków z samoistnym powrotem rytmu.

W 2025 r. z uwagi na nawracający częstoskurcz przedsionkowy z epizodami trzepotania i migotania przedsionków, cechami dekomensacji krążenia, obniżeniem frakcji wyrzutowej (EF=33%), przeprowadzono abłację 3D substratu arytmii w okolicy żyły głównej górnej i cieśni trójdzielno-żylniej, uzyskując ustąpienie arytmii oraz poprawę EF do 47%. W badaniu elektrofizjologicznym stwierdzono brak skutecznej stymulacji z elektrody przedsionkowej z powodu wysokiego progu stymulacji, wynikającego z rozległych obszarów bezpotencjałowych w prawym przedsionku. Mapowanie elektroanatomiczne prawego przedsionka wykazało rozległe obszary włóknienia, co potwierdził również wynik rezonansu magnetycznego serca. Na tej podstawie i ocenie strain obu przedsionków rozpoznano zaawansowaną kardiomiopatię prawego przedsionka oraz podjęto decyzję o usunięciu dotychczasowego układu oraz wszczępieniu stymulatora typu DDD-CSP/CRT-P.

**Wnioski:** Aktualne stanowiska ekspertów koncentrują się głównie na procesie remodelingu lewego przedsionka, jego konsekwencjach klinicznych oraz możliwościach terapeutycznych. Przedstawiony przypadek wskazuje jednak, że takie podejście może być niewystarczające. Zwiększenie świadomości dotyczącej remodelingu prawego przedsionka może prowadzić do modyfikacji strategii diagnostyczno-terapeutycznych – z wykorzystaniem zaawansowanych metod obrazowania, poprawy skuteczności leczenia zaburzeń rytmu serca oraz potencjalnie do wydłużenia przeżycia pacjentów.

# „Difficulties in determining the etiology of pulmonary hypertension – case report”

Barbara Krywult

**Afiliacja:** SKN przy I Katedrze i Klinice Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

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

**Wstęp:** Pulmonary hypertension is defined as mean pulmonary artery pressure >20 mmHg measured during right heart catheterization at rest. Its etiology is highly diverse and includes, among others, heart, lung and pulmonary vessels disorders. As a complication of heart failure, it significantly worsens patients' quality of life and increases the risk of hospitalization and death. This case report refers to a patient with PH suspicion and her diagnostic path to discover its etiology.

**Opis przypadku:** A woman with marked exercise intolerance classified as NYHA III without resting dyspnea presented herself with reduced blood oxygen saturation (82–85%) and central cyanosis. Her medical history showed past pulmonary embolism, deep vein thrombosis, arterial hypertension and obesity. According to this background a suspicion of chronic thromboembolic pulmonary hypertension was made, however, an outpatient V/Q lung scan did not reveal abnormalities confirming the diagnosis. The echocardiography showed right ventricular overload, mild tricuspid regurgitation, and indirect signs of left ventricular diastolic dysfunction. Considering these findings, the elevated NT-proBNP level and significant desaturation, an intracardiac shunt was suspected. Transesophageal echocardiography was performed showing small left-to-right shunt only in the area of PFO. As a subsequent step, right heart catheterization was conducted and revealed moderate postcapillary pulmonary hypertension without evidence of an intracardiac shunt. Conclusively, this comprehensive diagnostics allowed to make a diagnosis of pulmonary hypertension due to left heart disease which is unexpected for patient with such past thromboembolic history.

**Wnioski:** Presented clinical situation illustrates the difficulties in determining the etiology of PH. Nonspecific symptoms, as well as patients' medical history and multimorbidity may be misleading; therefore, a thorough evaluation is essential in identification of the PH trigger  
– the essential element to provide an appropriate therapy.

## Second primary tumor of the liver. A case report.

Piotr Kasprzak, Zuzanna Niedoba, Maja Pluta

**Afiliacja:** SKN Katedry i Kliniki Chorób  
Wewnętrznych i Chemioterapii  
Onkologicznej, Śląski Uniwersytet  
Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk  
Medycznych w Katowicach

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

**Wstęp:** Primary liver cancers, such as hepatocellular carcinoma (HCC) and intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC), are significant causes of death in the global population, accounting for more than 700,000 deaths annually. Both types of carcinoma share similar risk factors, including alcoholism, liver cirrhosis, viral hepatitis (HBV and HCV), and non-alcoholic fatty liver disease. Therefore, exposure to the same risk factor can promote the development of different liver carcinomas, sometimes occurring coincidentally or sequentially in a single patient.

**Opis przypadku:** The presented case illustrates a diagnosis of HCC in a 71-year-old male with a history of ICC treatment. During post-surgery follow-up, a new liver lesion was diagnosed on imaging. Laboratory tests revealed no elevation of cancerous markers (AFP, CEA, CA19.9). A subsequent CT-guided biopsy, followed by histological examination, diagnosed high-grade HCC. Stereotactic radiotherapy (45 Gy in 3 fractions) was administered. After 19 months, a second lesion was detected in segment IV of the liver with HCC morphology. Surgical resection was performed with no surgical complications. The current follow-up is uneventful.

**Wnioski:** The development of metachronous liver cancers is a very rare clinical finding. This case shows that newly detected focal liver lesions in patients with a history of ICC should not automatically be classified as a recurrence. Imaging findings alone cannot reliably support the recurrence of the cancer. Pathological examination is crucial to confirm the diagnosis.

# Radiologiczny kameleon – obraz radiologiczny infekcji COVID-19 imitujący rozsiałą chorobę nowotworową

Oliwia Krawczyk, Martyna Gut-Misiaga, Aleksandra Gil

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska.

**Opiekun Pracy:** prof. dr hab. n. med. Katarzyna Nabrdalik,  
dr hab. n. med. Hanna Kwiedacz,  
prof. ŚUM

**Wstęp:** Od momentu pierwszego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wirus pokazuje swoje nowe oblicza i każde poddawać pod wątpliwość aktualną wiedzę medyczną.

**Opis przypadku:** 53-letni mężczyzna, do tej pory nieleczony przewlekle, został przyjęty do oddziału diabetologii z powodu świeżo rozpoznanej cukrzycy typu 2 oraz podwyższonych markerów stanu zapalnego. W badaniach laboratoryjnych ujawniono cukrzycę (przygodna hiperglikemia żylna 459 mg/dl z towarzyszącymi objawami hiperglikemii, HbA1c 13,01%) oraz podwyższone wartości markerów zapalnych (CRP 217,56 mg/l, prokalcytonina 11,47 ng/ml). Poszukując przyczyny podwyższonych markerów zapalnych wykonano m.in. badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, które ujawniło obecność licznych zmian ogniskowych w prawym płacie wątroby, a tomografia komputerowa klatki piersiowej zmiany guzkowe w obu płucach. Wykonano biopsję guza pod kontrolą tomografii komputerowej, a badanie histopatologiczne nie ujawniło obecności komórek nowotworowych. Kontrolne badanie tomografii komputerowej po 3 mcach potwierdziło niemal całkowitą regresję zmian w płucach i wątrobie. Jediną przebyłą przez pacjenta chorobą było bezobjawowe zakażenie SARS-CoV-2 potwierdzone testem RT-PCR miesiąc przed opisywanymi wydarzeniami.

**Wnioski:** Przypadek ten pokazuje, że COVID-19 może imitować obraz rozsianej choroby nowotworowej w badaniach obrazowych. Dynamiczna obserwacja kliniczna oraz kontrolne badania obrazowe są kluczowe dla uniknięcia błędnego rozpoznania i nieuzasadnionych procedur inwazyjnych.

# Liczy się technika – istota prawidłowej techniki iniekcji insuliny w kontroli glikemii

Klaudia Tabak, Martyna Gut-Misiaga, Aleksandra Gil

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska.

**Opiekun Pracy:** prof. dr hab. n. med. Katarzyna Nabrdalik,  
dr hab. n. med. Hanna Kwiendacz,  
prof. SUM

**Wstęp:** Skuteczność insulinoterapii w cukrzycy typu 2 zależy nie tylko od doboru preparatu i dawki, lecz również od prawidłowej techniki iniekcji. Podawanie insuliny w miejsca niezalecane może prowadzić do zmiennego wchłaniania leku, wahań glikemii oraz braku możliwości uzyskania optymalnego wyrównania metabolicznego. Edukacja pacjentów w zakresie prawidłowej techniki iniekcji stanowi istotny element opieki diabetologicznej i ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa oraz skuteczności leczenia.

**Opis przypadku:** 73-letnia kobieta, z wieloletnią cukrzycą typu 2, została przyjęta do oddziału diabetologii w celu optymalizacji leczenia z uwagi na liczne hipoglikemie w samokontroli. Wywiad chorobowy obciążony otyłością (BMI 35,5 kg/m<sup>2</sup>), przewlekłą chorobą nerek w stadium G3a,A1 (eGFR 52 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, UACR 13,8 mg/g) oraz steatotyczną chorobą wątroby. Pacjentka do tej pory była leczona insuliną ludzką krótkodziałającą przed głównymi posiłkami oraz insuliną NPH podawaną przed snem.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono HbA1c 5,64%, umiarkowanie podwyższone aktywności aminotransferaz (ALT 38 U/L, AST 33 U/L) oraz prawidłowy profil lipidowy. Pomiar ciśnienia tętniczego wykazywały znaczną zmienność. W trakcie hospitalizacji ujawniono istotny błąd w technice insulinoterapii - pacjentka regularnie wykonywała iniekcje insuliny w przedramię. Taki sposób aplikacji mógł skutkować nieprzewidywalnym wchłanianiem insuliny i zwiększoną zmiennością glikemii. W trakcie hospitalizacji, uwzględniając wskazania refundacyjne i możliwości ekonomiczne pacjentki, zmodyfikowano terapię – rozpoczęto leczenie pochodną biguanidu oraz inhibitorem SGLT-2, co pozwoliło całkowicie odstawić intensywną insulinoterapię. Przeprowadzono także edukację w zakresie modyfikacji stylu życia, w tym zasad zdrowego odżywiania, indywidualnie dopasowanej aktywności fizycznej, zasad samokontroli, powikłań cukrzycy oraz postępowania w przypadku nieprawidłowych wartości glikemii.

**Wnioski:** Nieprawidłowa technika podaży insuliny, w tym podawanie insuliny w przedramię, może powodować nieoczekiwane hiper i hipoglikemie. Ocena techniki iniekcji powinna stanowić rutynowy element kontroli diabetologicznej, szczególnie u pacjentów długotrwale leczonych insuliną. Wybierając optymalną terapię dla osoby starszej należy wybierać leki z najniższym ryzykiem hipoglikemii.

# Co może ukrywać się za ostrym uszkodzeniem nerek? – nietypowa manifestacja raka szyjki macicy

Wiktoria Nowak, Martyna Gut-Misiaga, Aleksandra Gil

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska.

**Opiekun Pracy:** prof. dr hab. n. med. Katarzyna Nabrdalik,  
dr hab. n. med. Hanna Kwiendacz,  
prof. ŚUM

**Wstęp:** Ostre uszkodzenie nerek (AKI) jest zespołem klinicznym charakteryzującym się nagłym pogorszeniem funkcji nerek, obejmującym spektrum od łagodnych zaburzeń biochemicznych po ciężkie konsekwencje wymagające leczenia nerkozastępczego. W populacjach dorosłych najczęstszymi przyczynami są hipowolemia, sepsa, nefrotoksyczne ekspozycje oraz hemodynamiczne niedokrwienie nerek, natomiast etiologia postrenalna występuje rzadziej. Wczesne rozpoznanie i usunięcie czynnika wywołującego jest kluczowe dla dalszego postępowania klinicznego.

**Opis przypadku:** 38-letnia pacjentka, dotychczas bez chorób przewlekłych, została przekazana do oddziału nefrologii z powodu AKI z anurią, kwasicą metaboliczną i hiperkaliemią. W wywiadzie od kilku tygodni występowały dolegliwości bólowe w okolicy prawego dołu biodrowego, limfadenopatia pachwinowa prawa oraz masywny obrzęk prawej kończyny dolnej. Wcześniejsza diagnostyka obrazowa ujawniała powiększone węzły chłonne miednicy i pachwin, zmiany osteolityczne w kościach oraz niejednoznaczny obraz macicy, bez ustalonego rozpoznania.

Przy przyjęciu stwierdzono AKI (kreatynina 593  $\mu\text{mol/l}$ , eGFR 7 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), hiperkalcemię, hiperkaliemię, kwasicę metaboliczną, niedokrwistość normocytarną, nadpłytkowość oraz wysoką aktywność LDH. Pomimo leczenia zachowawczego nie uzyskano poprawy funkcji nerek, co skutkowało wdrożeniem leczenia nerkozastępczego metodą hemodializy. W toku dalszej diagnostyki wykonano HRCT klatki piersiowej, MRI miednicy oraz PET-CT, które wykazały liczne ogniska osteolityczne, uogólnioną limfadenopatię oraz aktywny metabolicznie proces rozrostowy w obrębie szyjki macicy z rozsiewem do węzłów chłonnych, kości i jamy brzusznej. Badanie histopatologiczne węzła chłonnego potwierdziło raka płaskonabłonkowego HPV-zależnego (p16 silnie dodatni). Pacjentkę przekazano do ośrodka onkologicznego.

**Wnioski:** Zaawansowany rak szyjki macicy może ujawniać się jako ostre uszkodzenie nerek z dominującymi objawami metabolicznymi, maskując typowe symptomy ginekologiczne. Występowanie uogólnionej limfadenopatii w połączeniu z nagłym pogorszeniem funkcji nerek powinno skłaniać do wczesnego rozważenia rozsianego procesu nowotworowego jako przyczyny AKI, nawet przy minimalnych objawach pierwotnego ogniska. Obserwacja ta podkreśla znaczenie interdyscyplinarnego podejścia oraz wysokiej czujności klinicznej w wykrywaniu nietypowych prezentacji nowotworów, również na oddziałach internistycznych.

# EBUS-TBNA w diagnostyce raka płuca u chorego z chorobą śródmiąższową i ciężką małopłytkowością

Amelia Kudłacz, Anna Gajda

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy, WNMZ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Opiekun Pracy:** dr n. med. Patrycja Rzepka-Wrona, dr hab. n. med. Szymon Skoczyński prof. ŚUM

**Wstęp:** 74-letni pacjent został przyjęty z powodu krwiopłucia. W tomografii komputerowej ze stycznia 2025 r. opisano spikularne zagęszczenie w segmencie 4. płata środkowego oraz cechy choroby śródmiąższowej typu niespecyficznego śródmiąższowego zapalenia płuc, prawdopodobnie związanej z przewlekłym stosowaniem amiodaronu. Pacjent miał liczne schorzenia sercowo-naczyniowe i był leczony antagonistą witaminy K. Tomografia komputerowa po przyjęciu wykazała progresję litej zmiany do 33 × 27 mm, masywną limfadenopatię śródpiersia i wnęki prawej oraz utrzymywanie się zmian śródmiąższowych.

**Opis przypadku:** Pacjent zgłaszał epizody krwiopłucia, miał ciężką małopłytkowość (PLT 4 tys./ $\mu$ l, po kontroli 1 tys./ $\mu$ l) i podwyższone parametry stanu zapalnego. Wynik skali SOFA przy przyjęciu wynosił 7, w trakcie pobytu wzrósł do 12, co sugerowało rozwijającą się sepsę. Włączono amoksyycylinę z kwasem klawulanowym, wobec cech sepsy i ujemnego wyniku pneumonia PCR zastosowano antybiotykoterapię szerokospektralną: meropenem, amikacyną, linezolidem oraz doustną steroidoterapię. W wyniku narastającej hipotensji do 77/50 mmHg, rozpoznano wstrząs septyczny i włączono noradrenalinę w pompie. Bronchofiberoskopia nie wykazała nacieku nowotworowego. EBUS-TBNA, wykonane podczas przetaczania koncentratu krwinek płytkowych i po podaniu cyklonaminy oraz kwasu traneksamowego, potwierdziło znaczną limfadenopatię i umożliwiło rozpoznanie raka gruczołowego płuca. Małopłytkowość wymagała wielokrotnego przetaczania koncentratu krwinek płytkowych. Kontrolnie stwierdzono redukcję parametrów zapalnych i wzrost PLT do 77 tys./ $\mu$ l, bez aktywnego krwawienia. Pacjent został wypisany 6.11.2025 r. w stanie stabilnym z zaleceniem rekonsultacji onkologicznej. Po konsylium onkologicznym zakwalifikowano go do leczenia systemowego.

**Wnioski:** Przypadek podkreśla rolę EBUS-TBNA w diagnostyce raka płuca u chorych ze współistniejącymi chorobami, nawet w przypadku istotnej trombocytopenii. Kontrolne PLT 260 tys./ $\mu$ l sugeruje infekcyjne tło małopłytkowości.

# Ostry zespół wieńcowy czy kardiotoksyczność? Piorunujące zapalenie mięśnia sercowego indukowane immunoterapią skojarzoną u pacjenta z czerniakiem

Jakub Kancerek, Jakub Borszcz, Alicja Suchocka

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze i Klinice Kardiologii i Elektroterapii  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,  
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

**Opiekun Pracy:** dr hab. n. med.  
Agnieszka Babińska

**Wstęp:** Inhibitory punktów kontrolnych układu immunologicznego (ICI) stanowią obecnie podstawę leczenia zaawansowanego czerniaka. Mimo ich wysokiej skuteczności, terapia ta wiąże się z ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych o podłożu autoimmunologicznym, w tym rzadkiego, lecz obciążonego wysoką śmiertelnością zapalenia mięśnia sercowego. Obraz kliniczny tego powikłania może przypominać ostry zespół wieńcowy, co znacząco utrudnia wczesne rozpoznanie.

**Opis przypadku:** 56-letni pacjent z rozsianym czerniakiem, leczony terapią skojarzoną nivolumabem i ipilimumabem, został przyjęty w trybie pilnym z powodu bólu w klatce piersiowej oraz zmian w zapisie EKG i podwyższonych markerów martwicy mięśnia sercowego, sugerujących NSTEMI. W wykonanej koronarografii stwierdzono krytyczne zwężenie gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej, wykonano przezskórną interwencję wieńcową z implantacją stentu. W pierwszej dobie po zabiegu doszło do gwałtownego pogorszenia stanu pacjenta z rozwojem wstrząsu kardiogenego, niestabilnego hemodynamicznie częstoskurczu komorowego wymagającego kardiowersji oraz bloku przedsionkowo-komorowego III stopnia. Wykonano badanie rezonansu magnetycznego serca, uwidoczniając cechy zapalenia mięśnia sercowego o charakterze toksycznym. Włączono intensywną terapię immunosupresyjną z zastosowaniem sterydów, co doprowadziło do stopniowej stabilizacji hemodynamicznej oraz ustąpienia zaburzeń rytmu serca. Przebieg hospitalizacji był powikłany epizodami wstrząsu septycznego i krwotocznego. W kontrolnym badaniu MRI po trzech miesiącach stwierdzono ustąpienie cech aktywnego zapalenia oraz poprawę frakcji wyrzutowej lewej komory.

**Wnioski:** Kardiotoksyczność związana z immunoterapią może klinicznie imitować ostry zespół wieńcowy. W takich sytuacjach kluczowe znaczenie ma wczesne poszerzenie diagnostyki o rezonans magnetyczny serca, który pozwala na różnicowanie etiologii ostrej niewydolności krążenia i ukierunkowanie dalszego postępowania terapeutycznego.

*SESJA PRZYPADKÓW  
INTERNISTYCZNYCH II*

# Cardiac Papillary Fibroelastoma – Histochemical and Immunohistochemical Analysis of Four Cases

Jakub Jatkowski, Damian Świerczek, Maja Dreger

**Afiliacja:** Department of Histology and Cell Pathology, Faculty of Medical Sciences in Zabrze, Medical University of Silesia in Katowice, Katedra Histologii i Patologii Komórki, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Opiekun Pracy:** Prof. Dr hab. Med.  
Romuald Wojnicz

**Wstęp:** Cardiac Papillary Fibroelastoma (CPF) is a rare, benign cardiac tumor, most commonly located on the valve leaflets. Despite its characteristic morphological features, the mechanisms underlying its development remain unclear, and in the literature, both reactive and regenerative origins have been suggested. These lesions are composed of papillary structures with a collagenous core, covered by a single layer of endocardial endothelial cells. Most of the available reports on CPF focus on clinical aspects and therapeutic strategies, while issues related to the histogenesis of this tumor are described much less frequently.

**Opis przypadku:** In the present study, four cases of CPF removed percutaneously from the tricuspid valve using the “snare over cryocatheter” technique are presented. The obtained specimens were subjected to independent histochemical and immunohistochemical analyses. Immunohistochemical analysis was performed on frozen sections using antibodies against CD68, CD34, vimentin, and  $\alpha$ -SMA, with detection achieved using the EnVision system. In all examined specimens, typical morphological features of CPF were observed, including numerous papillary projections with a collagenous core, surrounded by a single layer of endothelium. Endothelial cells showed expression of CD34 and von Willebrand factor, confirming their endothelial origin.

**Wnioski:** In addition, a subset of these cells demonstrated positive staining for  $\alpha$ -SMA and vimentin, suggesting their potential for acquiring mesenchymal characteristics. Occasional peripheral blood mononuclear cells, macrophage-like cells, and fibroblasts were also identified within the lesions.

# Diagnostyka izolowanej amyloidozy serca (ATTRwt) przy ujemnym wyniku standardowej biopsji endomiokardialnej - opis przypadku

Maja Dreger, Jakub Jatkowski, Jakub Kancerek

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

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

**Wstęp:** Izolowana amyloidoz serca (ICA) jest rzadką jednostką kliniczną, często pomijaną we wstępnej diagnostyce różnicowej kardiomiopatii. Wczesne ustalenie etiologii determinuje rokowanie chorego, jednak niespecyficzność objawów klinicznych oraz ograniczona czułość rutynowych metod histopatologicznych stwarzają istotne ryzyko błędu diagnostycznego. Celem pracy jest analiza trudności diagnostycznych w przypadku pacjenta, u którego standardowe procedury patomorfologiczne dały wynik fałszywie ujemny.

**Opis przypadku:** Prezentowany przypadek dotyczy 69-letniego mężczyzny z ujemnym wywiadem rodzinnym w kierunku amyloidozy, hospitalizowanego na oddziale kardiologii z powodu zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca. Przy przyjęciu u pacjenta stwierdzono objawy III klasy czynnościowej wg NYHA, a badanie echokardiograficzne wykazało obniżoną frakcję wyrzutową lewej komory (LVEF 35%). Istotnym elementem wywiadu były nawracające epizody omdleń, poprzedzające o kilka miesięcy obecną dekomensację. W toku diagnostyki różnicowej badania laboratoryjne wykluczyły układową postać amyloidozy. W celu weryfikacji podejrzenia zajęcia mięśnia sercowego wykonano biopsję endomiokardialną prawej komory. Standardowa ocena histochemiczna oraz badania immunohistochemiczne pobranych wycinków nie ujawniły obecności typowych złogów. Wobec utrzymującego się podejrzenia klinicznego, materiał tkankowy poddano dodatkowej analizie w transmisyjnej mikroskopii elektronowej (TEM). Badanie ultrastrukturalne pozwoliło na ostateczne uwidocznienie pozakomórkowych depozytów fibryli amyloidowych, niewidocznych w mikroskopii świetlnej. Analiza genetyczna potwierdziła rozpoznanie amyloidozy transtyretynowej typu dzikiego (ATTRwt).

**Wnioski:** Prezentowany przypadek wskazuje na ograniczenia klasycznej histopatologii w diagnostyce amyloidozy. Ujemny wynik biopsji w mikroskopii świetlnej nie powinien jednoznacznie wykluczać rozpoznania, jeśli obraz kliniczny silnie przemawia za chorobą. W sytuacjach niejednoznacznych, rozszerzenie diagnostyki o mikroskopię elektronową może okazać się decydujące dla wykrycia zmian ultrastrukturalnych i wdrożenia odpowiedniego leczenia.

# Pacjentka z osteogenesis imperfecta - opis przypadku

Julia Kaczmarczyk, Natalia Denisiewicz, Kazimierz Kukla

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze i Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy,  
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,  
Śląski Uniwersytet Medyczny w  
Katowicach

**Opiekun Pracy:** dr n. med. Michał  
Zieliński; dr hab. n. med. Szymon  
Skoczyński, prof. ŚUM

**Wstęp:** Wrodzona łamliwość kości (OI) to rzadka choroba genetyczna tkanki łącznej. Charakteryzuje się kruchością i deformacjami układu kostnego. Postać ciężka może prowadzić do zgonu. Najpoważniejszymi problemami klinicznymi u pacjentów z ciężkimi postaciami OI są zaburzenia ze strony układu oddechowego, wynikające z deformacji klatki piersiowej, kręgosłupa oraz nieprawidłowości strukturalnych płuc. Nawracające infekcje dolnych dróg oddechowych i postępująca niewydolność oddechowa stanowią istotne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Zastosowanie procedur, takich jak bronchofiberoskopia (FOB) jest ograniczone, ponieważ niosą one wysokie ryzyko powikłań.

**Opis przypadku:** Opisano przypadek 20-letniej pacjentki z ciężką postacią OI oraz nawracającym zapaleniem płuc. W związku z narastającymi objawami ze strony układu oddechowego i brakiem jednoznacznej etiologii zakażeń podjęto decyzję o wykonaniu bronchofiberoskopii w osłonie nieinwazyjnego wsparcia oddechowego. Zabieg był technicznie trudny do wykonania ze względu na deformacje anatomiczne, w tym skrajnie wąskie gardło oraz nieprawidłowości w obrębie górnych dróg oddechowych, co istotnie zwiększało ryzyko hipoksemii. W trakcie badania stwierdzono cechy rozlanego zapalenia drzewa oskrzelowego, a pobrany materiał umożliwił diagnostykę mikrobiologiczną i wdrożenie celowanego leczenia. W badaniu multiplex PCR (panel pneumonia) wykryto Ludzki rinowirus/enterowirus (HRV/EV) oraz *Staphylococcus aureus*. Pomimo wystąpienia przejściowych epizodów desaturacji badanie zakończyło się sukcesem. Pacjentka po uzyskaniu poprawy w stanie stabilnym została wypisana ze szpitala, aktualnie pozostaje pod kontrolą poradni pulmonologicznej.

**Wnioski:** Przedstawiony przypadek wskazuje, że bronchofiberoskopia, mimo wysokiego ryzyka u pacjentów z OI, może być bezpiecznie i skutecznie wykonana przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Procedura ta stanowi istotne narzędzie diagnostyczne w ocenie nawracających zakażeń układu oddechowego.

# Późne przerzuty oponiaka u młodej pacjentki – opis przypadku

Krzysztof Leś

**Afiliacja:** Koło naukowe przy Katedrze Katedrze i Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu

**Opiekun Pracy:** lek. Aleksandra Oraczewska

**Wstęp:** Oponiak (meningioma) to najczęściej występujący pierwotny nowotwór ośrodkowego układu nerwowego u osób dorosłych. Wywodzi się on z komórek meningotelialnych. Częściej występuje on u kobiet. WHO aktualnie dzieli oponiaki na trzy stopnie złośliwości – I (łagodny), II (Atypowy), III (Anaplastyczny). I stopień stanowi ~80% przypadków, a III ~1-3%. Szczyt zachorowalności przypada na 6. i 7. dekadę życia, a przerzuty w tego typu nowotworze są niezwykle rzadkie.

**Opis przypadku:** 29-letnia Pacjentka z wywiadem oponiaka OUN G3 zdiagnozowanym w 2006 roku, po 2 zabiegach, została przyjęta na Oddział Pulmonologiczny w celu pogłębienia diagnostyki zmiany naciekowo-niedodmowej płuca lewego. 24.06.2025 wykonano ambulatoryjnie tomograf komputerowy z którego opisano rozległe, patologiczne masy, lokalizujące się w lewej części klatki piersiowej z objęciem płuca, opłucnej i śródpiersia. Względem poprzedniego badania z maja 2025 stwierdzono znaczną progresję wielkości zmian – płuco lewe całkowicie bezpowietrzne, patologiczne węzły chłonne wzdłuż dużych naczyń jamy brzusznej. Wykonano Pacjentce bronchoskopie z EBUS-TBNA Po badaniu wymagała ona przejściowo tlenoterapii biernej. W badaniu histopatologicznym pobranego materiału z opisano, że immunofenotyp wyklucza raka, chłoniaka, czerniaka, pulmonary blastoma, neuroblastoma. Następnie pacjentka została przekazana do Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej celem wykonania wideotorakoskopii lewostronnej. W trakcie badania pobrano wycinki, które następnie posłano do badania histopatologicznego, gdzie oceniono je jako komórki oponiaka

**Wnioski:** Podsumowując proces leczenia choroby nowotworowej jest skomplikowany i mimo pozornej remisji należy zachować czujność onkologiczną szczególnie w przypadkach nowotworów rzadko przerzutuujących.

# Zebra w cieniu żylaków: GAVE jako przyczyna ciężkiej niedokrwistości u chorego z marskością wątroby

Michał Azierski, Michał Dróżdź, Emilia Wiśniewska

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe  
MedTech SUM

**Opiekun Pracy:** lek. Anna Dróżdź

**Wstęp:** Krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego u pacjentów z marskością wątroby najczęściej wiązane jest z obecnością żylaków przełyku lub gastropatii wrotnej. Jedną z rzadszych, a często niedodiagnozowanych przyczyn przewlekłej utraty krwi jest żołądkowa ektazja antralna (GAVE), której objawy mogą być maskowane przez współistniejącą chorobę wątroby oraz niejednoznaczne odchylenia hematologiczne.

**Opis przypadku:** 71-letni mężczyzna został przyjęty w trybie pilnym z powodu smolistych stolców, narastającego osłabienia i epizodu zasłabnięcia. W wywiadzie stwierdzano nawracające anemizacje od około 2 lat, wymagające hospitalizacji i przetoczeń koncentratu krwinek czerwonych, a także niezamierzony spadek masy ciała o około 12 kg w ciągu 3 miesięcy. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu rozpoznano ciężką niedokrwistość makrocytarną (Hb 6,9 g/dl, MCV ok. 100,9 fl). W trakcie hospitalizacji przetoczono łącznie 4 jednostki KKCz. Z uwagi na makrocytozę i charakter anemii pacjent pozostawał w obserwacji hematologicznej w kierunku zespołu mielodysplastycznego. Ze względu na objawy sugerujące krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego wykonano ezofagogastroduodenoskopię. Stwierdzono małe żylaki przełyku (OMED I) bez cech aktywnego krwawienia oraz obraz żołądkowej ektazji antralnej. Przeprowadzono dwie sesje koagulacji argonowej (APC), uzyskując hemostazę. W badaniach obrazowych potwierdzono obecność wodobrzusza; diagnostyczna paracenteza wykazała płyn o charakterze przesięku (SAAG 18,3 g/l). Rozpoznano marskość wątroby (Child–Pugh 7 pkt, MELD 14 pkt).

**Wnioski:** GAVE stanowi istotną i często pomijaną przyczynę przewlekłych krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego u pacjentów z marskością wątroby. Obecność żylaków przełyku nie wyklucza alternatywnego źródła krwawienia, a leczenie endoskopowe metodą APC może skutecznie ograniczać utratę krwi i zapotrzebowanie na transfuzje.

# Gorączka o niejasnej etiologii i guz płuca, który nie był nowotworem - ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń.

Patrycja Maj, Liliana Obajtek, Ewa Wotlińska

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

**Opiekun Pracy:** dr hab. n. med. Szymon  
Skoczyński Prof. ŚUM, lek. Julia Rejdych

**Wstęp:** Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (GPA) jest rzadką układową chorobą autoimmunologiczną atakującą małe i średnie naczynia krwionośne. Najczęściej obejmuje ona górne i dolne drogi oddechowe oraz nerki, jednak jej obraz kliniczny bywa niespecyficzny. Zmiany guzowate w płucach w połączeniu z objawami ogólnymi mogą imitować proces nowotworowy lub zakaźny, prowadząc do opóźnień diagnostycznych i nieadekwatnych decyzji terapeutycznych.

**Opis przypadku:** Pacjentka została przekazana na oddział pulmonologii w celu diagnostyki zmian ogniskowych w płucu prawym, które wykazano w tomografii klatki piersiowej. Badanie ujawniło liczne guzowate zmiany zlokalizowane przytchawiczo i nadprzeponowo, przylegające do opłucnej, o maksymalnych wymiarach do 24×25×43 mm. Stwierdzono również towarzyszące powiększenie węzłów chłonnych śródpiersia i wnęk. W wywiadzie około miesięczny okres gorączek o nieustalonej etiologii, znaczna utrata masy ciała (około 8 kg w ciągu miesiąca), polidypsja i poliuria, bóle głowy oraz przewlekły nieżyt nosa. Pacjentka zgłaszała suchy kaszel, bez duszności i krwioplucia. Na kilka dni przed hospitalizacją odkrztusiła lity twór o wymiarach 3×2 cm. Początkowo obraz kliniczny i radiologiczny wskazywał na proces nowotworowy płuca lub chorobę zakaźną. Jednak brak typowych objawów infekcji oraz dolegliwości ze strony górnych dróg oddechowych sugerował inną przyczynę. Analiza obrazu klinicznego wykazała spełnienie kryteriów klasyfikacyjnych ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń ACR/EULAR z 2022 roku. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono silnie dodatni wynik przeciwciał przeciw proteinazie 3 (PR3-ANCA). Rozpoznanie potwierdzono w korelacji z obrazem klinicznym i wynikami badań obrazowych, obejmującymi liczne zmiany guzowate w płucach oraz nawracające zapalenie zatok przynosowych.

**Wnioski:** Ten przypadek pokazuje, jak łatwo ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń może imitować nowotwór płuca, szczególnie gdy dominuje obraz guzowatych zmian mięszkowych z towarzyszącą limfadenopatią. U pacjentów z gorączką o niejasnej etiologii i utratą masy ciała kluczowe znaczenie ma zachowanie czujności oraz przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki w celu ustalenia przyczyny.

# Urojenia ciężowe w lekoopornej schizofrenii paranoidalnej – skuteczność terapii skojarzonej kłozapiną i ECT

Maria Kuczera-Jarosz, Agnieszka Buchta, Ewa Olejniczak

**Afiliacja:** Psychiatryczne Koło Naukowe  
SUM, Śląski Uniwersytet Medyczny w  
Katowicach

**Opiekun Pracy:** lek. Patryk Rodek

**Wstęp:** Schizofrenia paranoidalna może przebiegać z dominującymi objawami somatycznymi i urojeniami dotyczącymi ciała, co znacząco utrudnia diagnostykę i leczenie. Szczególnie trudne klinicznie są przypadki z utrwalonymi urojeniami ciężowymi i halucynacjami cenestetycznymi, które mogą utrzymywać się mimo standardowej farmakoterapii. W takich sytuacjach konieczne bywa zastosowanie leczenia skojarzonego, w tym kłozapiny oraz terapii elektrowstrząsowej (ECT).

**Opis przypadku:** Przedstawiono 36-letnią pacjentkę z wieloletnim rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, wielokrotnie hospitalizowaną, przyjętą planowo z powodu nasilenia objawów psychotycznych. W obrazie klinicznym dominowały utrwalone urojenia wieloletniej ciąży mnogiej, pseudohalucynacje słuchowe („głosy dzieci z macicy”) oraz doznania cenestetyczne. Pacjentka była zorientowana allopsychicznie, w rzeczowym kontakcie werbalnym, jednak z wyraźnie zaburzonym tokiem myślenia i znacznie ograniczonym wglądem. Podejmowano próby leczenia rysperydonem, olanzapiną i flupentiksolem. Jednak dotychczasowe leczenie przeciwpsychotyczne okazało się nieskuteczne, dlatego wprowadzono kłozapinę z jej stopniową titracją do dawki 550 mg/dobę oraz wdrożono serię zabiegów ECT. Łącznie wykonano 18 zabiegów elektrowstrząsowych. Pomimo intensywnego leczenia nie zaobserwowano poprawy stanu klinicznego pacjentki. Do leczenia włączony został risperidon. W trakcie leczenia obserwowano stopniowe zmniejszenie nasilenia halucynacji i urojeń, jednak pacjentka była wycofana społecznie, apatyczna, alogiczna. Dzięki kolejnej modyfikacji leczenia i zmniejszeniu dawek leków uzyskano poprawę funkcjonowania pacjentki. Podczas leczenia wystąpiły przejściowe działania niepożądane w postaci ślinotoku, hiperprolaktynemii, zaburzeń miesiączkowania, osłabienia oraz krótkotrwałych zaburzeń pamięci po ECT.

**Wnioski:** Opisany przypadek ilustruje, że w lekoopornej schizofrenii z dominującymi urojeniami somatycznymi i ciężowymi skuteczne może być leczenie skojarzone kłozapiną i ECT. Terapia ta pozwala na istotną redukcję objawów psychotycznych oraz poprawę funkcjonowania pacjentki, nawet w ciężkich i wieloletnich postaciach choroby.

# Tyko jak on się tu dostał? – opis przypadku przerzutu raka jądra do śródpiersia

Maciej Osman, Mikołaj Rycerski

**Afiliacja:** SKN przy Klinice Chorób Płuc i  
Gruźlicy

**Opiekun Pracy:** dr hab. n. med., Prof.  
SUM Szymon Skoczyński

**Wstęp:** Rak jądra jest najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym wśród młodych mężczyzn. Cechuje się jedną z najwyższych skuteczności leczenia w onkologii i zapewnia osiągnięcie trwałej remisji. Istnieje jednakże ryzyko nawrotu choroby, nawet po długim czasie od zakończenia leczenia. Trudności diagnostyczne zwiększają się zwłaszcza w przypadku atypowej lokalizacji. Pacjenci wymagają stałej czujności onkologicznej z wykorzystaniem obrazowania tomografii komputerowej (TK) oraz markerów nowotworowych. Takie postępowanie umożliwia wczesne rozpoznanie wznowy i wdrożenie leczenia.

**Opis przypadku:** 29-letni pacjent został przyjęty na Oddział Pulmonologii w styczniu 2026 roku z powodu zmiany wykrytej w kontrolnym TK. Był w stanie ogólnym dobrym i nie zgłaszał żadnych objawów podmiotowych. Wywiad chorobowy był obciążony onkologicznie. Hemikastracja prawostronna oraz limfadenektomia zaotrzewnowa zostały wykonane w 2015 roku. Następnie podano 4 cykle chemioterapii uzupełniającej z wykorzystaniem bleomycyny, etopozyny i cisplatyny (BEP). Wywiad rodzinny był obciążony onkologicznie, ze względu na wystąpienie raka jądra u brata pacjenta. TK wykonane w styczniu 2026 roku wykazało zmianę pod ostrogą tchawicy przylegającą do przetyku i odcinka zstępującego aorty. Zmiana charakteryzowała się gęstością tkanki miękkiej o wymiarach 35 x 38 mm. Poprzednie badanie wykonane w listopadzie 2024 roku w tej samej lokalizacji obrazowało niejednorodną zmianę wielkości 8 x 15 mm. Badania laboratoryjne wykazały znacznie podwyższoną alfa-fetoproteinę (47,14 IU/ml), co sugerowało nawrót guza jądra. Oznaczone  $\beta$ -hCG oraz LDH były w normie. W celu poszerzenia diagnostyki wykonano bronchofiberoskopię rozszerzoną o przezoskrzelową biopsję aspiracyjną cienkoigłową pod kontrolą USG (EBUS/TBNA). Pobrany wycinek został wysłany do badania histopatologicznego, celem potwierdzenia rozpoznania. Badanie pozostaje w trakcie opracowywania.

**Wnioski:** Przedstawiony przypadek podkreśla, że nawrót raka jądra może wystąpić wiele lat po zakończeniu leczenia i lokalizować się w nietypowych obszarach. Regularna kontrola onkologiczna z wykorzystaniem TK oraz markerów nowotworowych pozostaje kluczowym elementem obserwacji chorego. EBUS/TBNA jest zaawansowaną techniką diagnostyczną, która umożliwia potwierdzenie charakteru zmiany w przypadku podejrzenia wznowy choroby.

*SESJA PRZYPADKÓW  
INTERNISTYCZNYCH III*

# Przetoka pomiędzy dwunastnicą i esicą w przebiegu Choroby Leśniowskiego-Crohna

Sara Wardenga, Dawid Kolanko, Michał Dróżdż

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze i Klinice Gastroenterologii i  
Hepatologii

**Opiekun Pracy:** Dr n. med. Piotr  
Wosiewicz

**Wstęp:** Choroba Leśniowskiego-Crohna należy do grupy nieswoistych chorób zapalnych jelit. W jej przebiegu występuje pełnościennie zapalenie, które może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego, od jamy ustnej po odbyt. Objawy dzielą się na wynikające z zajęcia przez chorobę konkretnej lokalizacji oraz ogólne takie jak osłabienie, gorączka czy utrata masy ciała. Nawet u 50% pacjentów rozwijają się przetoki, które najczęściej dotyczą okolicy okołoodbytniczej. Przetoki dwunastnicy zdarzają się rzadko, a połączenie z esicą należy do wyjątkowo kazuistycznych powikłań choroby i stanowi istotne wyzwanie diagnostyczno-terapeutyczne.

**Opis przypadku:** U 32-letniej Pacjentki z Chorobą Leśniowskiego-Crohna, rozpoznaną pięć lat wcześniej i leczoną biologicznie infliksimabem, wykonano esophagogastroduodenoskopię, w której na wysokości kolanka górnego dwunastnicy uwidoczniło się dwie przetoki, z których wypływała żółć. W wykonanej tydzień później kolonoskopii w okolicy zagięcia esiczo-odbytniczego uwidoczniło się ujście przetoki z polipowatą deformacją śluzówki. Pacjentkę leczono dalej biologicznie do 2020 infliksimabem, a później ustekinumabem. W 2024 roku wykonano kolejną kolonoskopię, w której na głębokości 15 centymetrów od linii zwieraczy uwidoczniło się rozgałęzionej przetoki z okolicznymi pseudopolipami. Wykonano wówczas także enterografię, w której uwidoczniło się konglomerat pętli jelitowych z obecnością przetok, które wywoływały zespół krótkiego jelita. W 2026 roku Pacjentka pozostaje w leczeniu biologicznym ustekinumabem.

**Wnioski:** Powstawanie przetok w przebiegu Choroby Leśniowskiego-Crohna stanowi istotne wyzwanie terapeutyczne jednocześnie znacząco wpływając na komfort życia pacjenta. Podstawą leczenia pozostają metody endoskopowe oraz chirurgiczne. Farmakoterapia w szczególności w zakresie leków biologicznych oferuje istotne korzyści kliniczne, natomiast nie stanowi gwarancji w zapobieganiu progresji powikłań strukturalnych. Leczenie pacjentów z Chorobą Leśniowskiego-Crohna wymaga współpracy specjalistów o różnych specjalizacjach, czujności diagnostycznej oraz długotrwałego leczenia zaawansowanymi terapiami.

# Dwie drogi na jednym moście. Równoległe zastosowanie układów ECMO i Impella u pacjenta we wstrząsie kardiogennym - opis przypadku

Kamila Siemek, Alicja Nowakowska, Iga Siatka

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Kardiologii, Transplantologii, Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

**Opiekun Pracy:** dr hab. n. med. Tomasz Hrapkowicz, prof. ŚUM; lek. Michał Krawiec

**Wstęp:** Pozawałowy ubytek przegrody międzykomorowej (VSD) pozostaje rzadkim, lecz obarczonym wysoką śmiertelnością powikłaniem ostrego zawału serca. Prowadzi do przecieku lewo-prawego, narastającej niewydolności serca i wstrząsu kardiogenego. Opóźnione leczenie daje lepsze wyniki niż operacja w stanie nagłym, dlatego niekiedy wymagana jest terapia pomostowa ze stabilizacją hemodynamiczną za pomocą mechanicznego wspomaganie krążenia. Żylna-tętnicza pozaustrojowa oksygenacja membranowa (ECMO V-A) jest metodą wspomaganie krążenia, która zapewnia perfuzję obwodową kosztem zwiększonego obciążenia lewej komory serca. Rozwiązaniem może być równoległe zastosowanie układu wspomagającego pracę lewej komory, takiego jak pompa Impella.

**Opis przypadku:** 67-letni pacjent w ciężkim stanie został przyjęty do ośrodka kardiologicznego z powodu zawału mięśnia sercowego powikłanego pozawałowym VSD i wstrząsem kardiogennym. W badaniu przedmiotowym stwierdzono tachykardię, hipotensję, sinicę obwodową oraz cechy hipoperfuzji obwodowej. W echokardiografii wykazano istotną dysfunkcję skurczową lewej komory oraz obecność VSD. Ze względu na niestabilność hemodynamiczną wdrożono farmakologiczne wsparcie inotropowe oraz mechaniczne wspomaganie krążenia w postaci ECMO V-A i kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP). Z powodu braku poprawy hemodynamicznej wykonano implantację systemu wspomagającego lewą komorę serca Impella 5.5. W 14. dobie hospitalizacji przeprowadzono operacyjne zamknięcie VSD oraz rewaskularyzację wieńcową. W dalszym przebiegu hospitalizacji uzyskano stabilizację stanu ogólnego wraz z mobilizacją pacjenta.

**Wnioski:** Pozawałowy ubytek przegrody międzykomorowej może mieć gwałtowny przebieg i wymagać wieloetapowego leczenia. Terapia pomostowa w postaci sekwencyjnego zastosowania mechanicznego wspomaganie krążenia (VA-ECMO, IABP, Impella) pozwala na jednoczesne zapewnienie perfuzji obwodowej i wsparcia lewej komory serca. Umożliwia to czasową stabilizację chorego we wstrząsie kardiogennym i przygotowanie do leczenia kardiologicznego. Mimo intensywnej terapii, ryzyko ciężkich powikłań, w tym niewydolności wielonarządowej, pozostaje bardzo wysokie, co podkreśla konieczność ścisłej współpracy interdyscyplinarnej.

# Sarkoidoza serca – gdy przypadek mówi więcej niż objawy. Kliniczna maska zaburzeń rytmu i niewydolności serca

Oliwia Jewuła, Przemysław Nowakowski, Aleksandra Hakało

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Kardiologii i Elektroterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

**Opiekun Pracy:** dr hab. n. med. Ewa Jędrzejczyk-Patej

**Wstęp:** Sarkoidoza to przewlekła, zapalna choroba wielonarządowa o nieznannej etiologii, charakteryzująca się formowaniem nieserowaciejących ziarniaków w zajętych tkankach. Choć najczęściej dotyczy układu oddechowego, może również obejmować inne narządy, w tym serce. W pracy przedstawiono różnorodne kliniczne manifestacje sarkoidozy serca oraz omówiono strategię terapeutyczne dostosowane do stopnia zaawansowania choroby.

**Opis przypadku:** Pierwszym przedstawionym przypadkiem jest pacjent lat 34, skierowany w celu kontynuacji leczenia ciężkiej niewydolności serca w przebiegu sarkoidozy serca. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono dysfunkcję skurczową i rozkurczową lewej komory serca z kurczliwością lewej komory równą 24%. Pacjent prezentował liczne epizody częstoskurczów komorowych (VT) oraz burzę elektryczną z interwencjami kardiowertera-defibrylatora (ICD). Pomimo dwukrotnie wykonanych ablacji VT nie uzyskano wyciszenia arytmii. Wobec braku możliwości terapeutycznych pacjenta zakwalifikowano do transplantacji serca w trybie urgensowym. 69-letni mężczyzna został pilnie przyjęty z powodu niewydolności serca, w przebiegu przewlekłej leczonej sarkoidozy płuc. Stwierdzono obrzęk i nasilone włóknienie lewej komory z podejrzeniem sarkoidozy serca. Badanie PET nie wykazało cech aktywnego zapalenia, co sugerowało sarkoidozę serca w stanie remisji, bez metabolicznie widocznych wykładników zapalenia. Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego i wykonanych badań pacjenta zakwalifikowano do implantacji układu resynchronizującego serce (CRT-D). Trzeci przypadek to historia 55-letniego mężczyzny z sarkoidozą, który po implantacji stymulatora DDD w 2024 roku z powodu napadowego zaawansowanego bloku przedsionkowo-komorowego został przyjęty do SCCS w celu oceny funkcji układu krążenia z powodu nasilenia objawów niewydolności serca. Badania obrazowe wykazały rozległe włóknienie mięśnia lewej komory oraz upośledzoną kurczliwość. W celu optymalizacji leczenia niewydolności, rozbudowano układ stymulujący do urządzenia CRT-D.

**Wnioski:** Sarkoidoza serca może przyjąć różnorodne formy, od bezobjawowej, aż po zagrażającej życiu zaburzenia rytmu, wymagające w skrajnych przypadkach przeszczepu serca. U każdego pacjenta prezentującego objawy duszności oraz zaburzenia rytmu serca przy braku ischemicznej przyczyny i wady zastawkowej w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić sarkoidozę serca.

# Nieoczekiwany powrót po dwóch dekadach: późny nawrót HER2-ujemnego raka piersi z przerzutami płucnymi – opis przypadku

Dobrochna Durko, Radosław Sajewicz

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe Przy  
Katedrze i Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy,  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,  
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

**Opiekunowie Pracy:** lek. Gabriela  
Bylica-Klara, dr hab.n.med. Szymon  
Skoczyński, prof. ŚUM

**Wstęp:** Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Wyróżnia się m.in. podtypy biologiczne HER2-dodatni oraz HER2-ujemny. Nowotwory HER2-dodatnie cechują się bardziej agresywnym przebiegiem i gorszym rokowaniem. Z kolei rak piersi HER2-ujemny wiąże się z korzystniejszym rokowaniem. Jednym z częstych miejsc przerzutów odległych są płuca, przy czym zmiany przerzutowe mogą ujawniać się nawet po wielu latach od zakończenia leczenia pierwotnego. Najczęściej obserwuje się je w okresie 3–5 lat od rozpoznania choroby.

**Opis przypadku:** 77-letnia pacjentka została przyjęta do Oddziału Pulmonologii w celu diagnostyki narastającej duszności, mMRC [Modified Medical Research Council] 4 punkty. W wywiadzie pacjentka przebyła raka piersi prawej, podtyp HER2-ujemny, leczonego chemioterapią według schematu CAF [Cyklofosfamid, Adriamycyna, 5-Fluorouracyl] z następczą mastektomią w 2004 r., oraz raka piersi lewej – podtyp HER2-dodatni – leczonego radiochemioterapią z następczą mastektomią i hormonoterapią w 2010 r. Pacjentka pozostawała pod opieką onkologiczną (2004-2025). W 2025 w badaniu ultrasonograficznym przezklatkowym stwierdzono obecność około 5 cm wysiękowego płynu w lewej jamie opłucnowej. Po jego odbarczeniu wykonano tomografię komputerową klatki piersiowej, która wykazała cechy sugerujące rozsiew wewnątrzplucny drogą naczyń chłonnych oraz limfadenopatię. Diagnostykę poszerzono o bronchofiberoskopię, w której oskrzele do płata dolnego płuca lewego wykazywało przewężone światło w wyniku ucisku z zewnątrz/nacieku, brak możliwości nieinwazyjnej penetracji. W związku z tym pobrano materiał do badania cytologicznego metodą bronchofiberoskopii z ultrasonografią wewnątrzoskrzelową [EBUS]. Wyniki badań potwierdziły obecność przerzutów raka piersi, podtyp molekularny luminalny B, HER2-ujemny, tak samo jak w 2004r. Pacjentka została skonsultowana w Ośrodku Onkologicznym i zakwalifikowana do leczenia objawowego. Wypisano ją do dalszej opieki w ramach Hospicjum Domowego.

**Wnioski:** Rak piersi HER2-ujemny zwykle cechuje się korzystnym rokowaniem, u pacjentki możliwy jest jednak nawrót po 20 latach. Przypadek ten podkreśla konieczność długoterminowego nadzoru onkologicznego u pacjentek z rakiem piersi, niezależnie od pierwotnego przebiegu choroby. EBUS i bronchofiberoskopia stanowią cenne narzędzia diagnostyki przerzutów wewnątrzplucnych.

# Czy krwawienie z żyłaków GOPP powinno zawsze kojarzyć się z nadużywaniem alkoholu?

Agata Łosiewicz, Amanda Bandyk, Michał Dróżdź

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze i Klinice Gastroenterologii i  
Hepatologii

**Opiekun Pracy:** Dr n. med. Piotr  
Wosiewicz

**Wstęp:** Krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) nazywamy wynaczynienie krwi do światła przewodu pokarmowego dokonujące się powyżej więzadła Treitza. Schorzenie obarczone jest wysoką śmiertelnością, a do jednej z najczęstszych jego przyczyn (około 10% przypadków) zaliczamy krwotoki z żyłaków przełyku bądź rzadziej występujących żyłaków żołądka. Gradient ciśnień w żyłach wątrobowych przekraczający 10 mm Hg warunkuje ich powstawanie i rozwój nadciśnienia wrotnego, na podłożu zróżnicowanej etiologii, a najczęściej w przebiegu marskości wątroby.

**Opis przypadku:** 23-letnia pacjentka z otyłością II stopnia była wielokrotnie hospitalizowana w trybie pilnym z powodu nawracających krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego. W przebiegu incydentów dwukrotnie doszło do objawów wstrząsu krwotocznego, wymagającego masywnych przetoczeń koncentratu krwinek czerwonych. Zabiegi endoskopowe wykazały rozległe żyłaki przełyku (stopień II według MST), żołądka (GOV1 i GOV2) oraz żyłaki dwunastnicy. W lutym 2023 r. chora była hospitalizowana z powodu aktywnego krwawienia z żyłaków żołądka, a w endoskopii uwidoczono cofającą się świeżą krew. Uzyskano skuteczną obliterację żyłaka spolimeryzowanym klejem akrylowym, cechy gastropatii wrotnej o średnim nasileniu. Mimo tak zaawansowanych zmian żylnych, w badaniach obrazowych nie stwierdzono cech marskości wątroby, a jedynie niewielką hepatosplenomegalię. Bezpośrednią przyczyną nadciśnienia wrotnego okazała się rozległa zakrzepica w układzie wrotnym z jego transformacją jamistą. Ze względu na nietypowy przebieg oraz podwyższone wartości APTT, PT i INR, pacjentkę skierowano na pogłębienie diagnostyki w oddziale hematologicznym. Obecnie chora jest w trakcie potwierdzania diagnozy zespołu antyfosfolipidowego jako pierwotnej przyczyny trombofilii.

**Wnioski:** Zagrażające życiu, nawracające krwawienia z żyłaków przewodu pokarmowego u młodych osób wymagają szczególnej czujności diagnostycznej i uwzględnienia przyczyn hematologicznych. Brak występowania marskości wątroby sugeruje przedwątrobowe podłoże nadciśnienia wrotnego, dlatego niezbędne jest wykluczenie trombofilii, w tym zespołu antyfosfolipidowego, co może znacząco zmienić przebieg leczenia pacjenta i poprawić jego jakość życia.

# Infekcyjne Zapalenie Wsierdza konduitu Contegra wywołane bakterią *Abiotrophia defectiva* u 17-letniego pacjenta z Tetralogią Fallouta

Maciej Grettka, Anna Kozuch, Natalia Wizner

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Kardiologii dziecięcej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

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

**Wstęp:** Infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) jest poważnym powikłaniem u pacjentów po korekcji wrodzonych wad serca, w szczególności u tych po implantacji konduitu prawa komora – tętnica płucna. *Abiotrophia defectiva*, należąca do tzw. paciorkowców wymagających substancji odżywczych (nutritionally variant streptococci, NVS), jest rzadką, ale klinicznie istotną przyczyną IZW. Szacuje się, że odpowiada za około 4–6% wszystkich paciorkowcowych IZW. Nieleczona lub leczona nieadekwatnie prowadzi do ciężkich powikłań, takich jak uszkodzenie zastawek serca, niewydolność serca, czy zatory mózgowo.

**Opis przypadku:** 17-letni chłopiec po korekcji kardiochirurgicznej zespołu Fallota w wieku niemowlęcym, a następnie po operacji implantacji konduitu Contegra w drogę wypływu z prawej komory w wieku dziesięciu lat, został przyjęty do Oddziału Kardiologii Dziecięcej z powodu podejrzenia infekcyjnego zapalenia wsierdza. W wywiadzie od kilku miesięcy u chłopca występowało osłabienie, zmęczenie, stany podgorączkowe, w okresie bezpośrednio przed przyjęciem gorączka. W echokardiografii wykazano obecność zmian w konduicie Contegra mogących odpowiadać wegetacjom bakteryjnym. Pobrano posiewy krwi, które wykazały wzrost *Abiotrophia defectiva*. Rozpoczęto dożylną terapię antybiotykową wankomycyną i ceftriaksonem. Po wstępnym dwutygodniowym leczeniu farmakologicznym oraz odpowiednim przygotowaniu pacjent został pilnie przekazany do Oddziału Kardiochirurgii Dziecięcej celem leczenia operacyjnego. W krążeniu pozaustrojowym usunięto zwapniały kondukt Contegra wraz z zapalnie zmienioną zastawką płucną, tkanki pobrano do badań mikrobiologicznych (posiewy jałowe). Następnie w pozycję płucną wszczepiono homografit aortalny o średnicy 25 mm. Po roku obserwacji pacjent pozostaje w dobrym stanie ogólnym, bez nawrotu infekcji.

**Wnioski:** Pacjenci po leczeniu wrodzonych wad serca takich jak zespół Fallota są w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na IZW. Objawy takie jak stany podgorączkowe i przewlekłe zmęczenie powinny w każdym przypadku rodzić podejrzenie IZW. Choroba wymaga szybkiej diagnostyki, adekwatnej antybiotykoterapii i w wielu przypadkach leczenia chirurgicznego. Wczesna interwencja chirurgiczna w połączeniu z intensywnym leczeniem farmakologicznym może prowadzić do dobrego wyniku leczenia nawet w przypadku zakażeń rzadkimi bakteriami.

## Gdy leczenie farmakologiczne to za mało – wyzwania terapeutyczne u pacjentki z zaawansowanym tętniczym nadciśnieniem płucnym powikłanym płynem w jamie osierdzia

Monika Bonczek, Joanna Rak

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Klinice Kardiologii, Wydział Nauk  
Medycznych w Katowicach, Śląski  
Uniwersytet Medyczny w Katowicach

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

**Wstęp:** Tętnicze nadciśnienie płucne (PAH) jest rzadką, przewlekłą i progresywną chorobą naczyń płucnych, prowadzącą do wzrostu oporu w tętnicach płucnych, przeciążenia prawej komory i w konsekwencji niewydolności serca. Szacowana częstość występowania wynosi 30,8/mln dorosłych. U pacjentów z wieloletnim przebiegiem choroby powikłania takie jak wysięk osierdziowy, ciężka niedomykalność trójdzielna czy zastój żylny-wątrobowy stwarzają istotne wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne, wymagające indywidualizacji postępowania, w tym czasami interwencji inwazyjnej w odpowiedzi na dekompensację hemodynamiczną.

**Opis przypadku:** Przedstawiamy przypadek 82-letniej pacjentki z ciężkim, niereaktywnym prekapilarnym nadciśnieniem płucnym (WHO-FC IV) leczoną macitentanem, sildenafilem i treprostynilem we wlewie podskórnym hospitalizowaną z powodu kolejnej dekompensacji niewydolności serca. Pacjentka zgłaszała nasiloną duszność spoczynkową i ortopnoe. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu tachypnoe, ściszenie tonów serca, wodobrzusze oraz obrzęki obwodowe. W badaniach laboratoryjnych wysokie stężenie NT-proBNP, cechy stanu zapalnego, niedokrwistość. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono dobrą kurczliwość lewej komory, znaczne powiększenie prawego przedsionka, ciężką niedomykalność zastawki trójdzielnej oraz płyn w osierdziu do 35 mm. Włączono dożylne leczenie diuretyczne i wlew dopaminy, nie uzyskując znaczącej poprawy. Pacjentka została zakwalifikowana do kardiochirurgicznego zabiegu wytworzenia okienka osierdziowo-opłucnowego ze względu na zagrażającą tamponadę oraz nawrotowy charakter płynu w osierdziu. Pacjentka pozostaje w trakcie hospitalizacji; stan kliniczny wymaga dalszej obserwacji i monitorowania.

**Wnioski:** Zaawansowane PAH może prowadzić do powikłań hemodynamicznych, wymagających zindywidualizowanego i interdyscyplinarnego podejścia. Prezentowany przypadek ilustruje konieczność podejmowania trudnych decyzji klinicznych, wymagających wyważenia ryzyka i korzyści, w tym wyboru interwencji inwazyjnej w sytuacji ciężkiej dekompensacji niewydolności serca. Pomimo zastosowania dostępnego leczenia farmakologicznego i zabiegowego, dalsze rokowanie pozostaje niepewne.

# Ruchy mimowolne u pacjenta z mutacją JAK2 – płasawica w przebiegu zespołu nadlepkości krwi

Martyna Najmrocka

**Afiliacja:** SKN Neurologii NEKON,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Opiekun Pracy:** dr n. med. Monika Figura

**Wstęp:** Prezentowany przypadek 43-letniego pacjenta z czerwienicą prawdziwą i towarzyszącymi jej ruchami mimowolnymi o charakterze płasawicy i dystonii wpisuje się w rzadki obraz neurologicznych powikłań zespołów mieloproliferacyjnych. Płasawica w przebiegu czerwienicy jest zjawiskiem opisywanym w literaturze. Należy jednak podkreślić, że jej patomechanizm jest wieloczynnikowy i obejmuje zazwyczaj zespół nadlepkości i zaburzenia metaboliczne w obrębie zwojów podstawy. U pacjenta wykluczono podłoże genetyczne choroby Huntingtona oraz chorobę Wilsona, co potwierdza wtórny charakter objawów neurologicznych względem choroby podstawowej, której kluczowym markerem jest mutacja w genie *JAK2*.

**Opis przypadku:** Najczęściej postulowaną przyczyną jest zespół nadlepkości prowadzący do zaburzeń mikrokrążenia w zwojach podstawy. Barow et al. opisali przypadek, w którym płasawica przebiegła bardzo ostro, a badania obrazowe potwierdziły udar niedokrwieny w korze ciemieniowej. Koreluje to z obserwacjami Calculli et al. dotyczącymi zmian w jądrze ogoniastym. W takich przypadkach korelacja między parametrami czerwono krwinkowymi a objawami jest wyraźna, a leczenie cytoredukcyjne przynosi szybką poprawę. W kontekście obecności mutacji aktywującej kinazę *JAK2* u pacjenta niezwykle interesujące wydają się doniesienia na temat fizjologicznej i ochronnej roli szlaku *JAK2-STAT3* w ośrodkowym układzie nerwowym. Jak wykazali Abjean et al., szlak ten pełni kluczową funkcję w utrzymaniu homeostazy białkowej w astrocytach prążkowie. Autorzy udowodnili, że selektywna aktywacja szlaku *JAK2-STAT3* w astrocytach prowadzi do zwiększenia ich zdolności proteolitycznych, co z kolei redukuje agregację toksycznych białek w neuronach i ogranicza atrofię prążkowie w mysich modelach neurodegeneracji. Powyższe badania stawiają opisywany przypadek w nowym, intrygującym świetle. Z jednej strony, systemowa nadaktywność kinazy *JAK2* jest patologią wymagającą leczenia cytoredukcyjnego. Z drugiej strony, wyniki Abjean et al. sugerują, że w obrębie prążkowie – struktury odpowiedzialnej za występowanie ruchów mimowolnych – aktywność szlaku *JAK2* jest mechanizmem pożądanym i neuroprotektynym. Warto odnotować, że pacjent był leczony Ruxolitinibem, lekiem będącym inhibitorem kinaz *JAK1/JAK2*. Choć leczenie to jest kluczowe dla kontroli czerwienicy, w świetle przytoczonych badań można teoretyzować na temat potencjalnego wpływu systemowej inhibicji *JAK2* na funkcję astrocytów w mózgu. Badacze wykazali bowiem, że, poprzez ekspresję *SOCS3*, zablokowanie tego szlaku w modelach zwierzęcych prowadziło do pogorszenia stanu neuronów i nasilenia objawów neuropatologicznych.

*SESJA PRZYPADKÓW  
ZABIEGOWYCH I*

## Terapia ortodontyczna pacjentki z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego - opis przypadku

Helena Brawańska

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe  
Ortodoncji, Katedra i Zakład Ortodoncji,  
Śląski Uniwersytet Medyczny

**Opiekun Pracy:**  
Agnieszka Machorowska-Pieniążek

**Wstęp:** Całkowity obustronny rozszczep podniebienia pierwotnego i wtórnego jest ciężką wadą rozwojową twarzoczaszki, prowadzącą do rozległego przerwania ciągłości tkanek oraz istotnych zaburzeń morfologicznych i czynnościowych. Złożoność obrazu klinicznego oraz wielokierunkowe następstwa wady dotyczące rozwoju twarzoczaszki, uzębienia i funkcji narządu żucia sprawiają, że postępowanie terapeutyczne musi być wdrażane już we wczesnym okresie życia pacjenta i prowadzone długotrwale i etapowo, przez wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny.

**Opis przypadku:** Pacjentka z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego w 1. tygodniu życia została zgłoszona do Poradni Ortodoncji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego celem rozpoczęcia leczenia wielospecjalistycznego. W badaniu klinicznym stwierdzono przerwanie ciągłości wargi górnej, wyrostka zębodołowego oraz podniebienia twardego i miękkiego po obu stronach, a także znaczną dysmorfie twarzy. Zobserwowano oddzielenie kości przysiecznej od wyrostków zębodołowych szczęki, z jej wyraźnym przemieszczeniem w prawą stronę i znaczną protrakcją. W obrębie kości przysiecznej obecny był ząb noworodkowy, a nieosłonięte tkanki wykazywały cechy wysychania i podrażnienia. Leczenie pacjentki prowadzone było wieloetapowo w latach 1996–2014 i obejmowało postępowanie przedoperacyjne w okresie noworodkowym, chirurgiczną plastykę wargi (6. miesiąc życia) i podniebienia (13. miesiąc życia), leczenie ortodontyczne przed rekonstrukcją wyrostka zębodołowego z zastosowaniem aparatów płytowych wyjmowanych, rekonstrukcją kostną wyrostka zębodołowego szczęki z użyciem przeszczepu autogenego z talerza kości biodrowej, a następnie leczenie ortodontyczne aparatami stałymi, w tym łukiem podniebiennym, aparatem górnym cienkołukowym z haczykami do maski twarzowej oraz cienkołukowymi aparatami stałymi w obu łukach. Na koniec wykonano stałe uzupełnienia protetyczne oraz zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej nosa. Leczenie zakończono w 2014 roku, uzyskując prawidłowe warunki zgryzowe oraz estetyczne.

**Wnioski:** Skuteczne leczenie pacjentów z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego wymaga wczesnej diagnostyki, konsekwentnie prowadzonej terapii etapowej oraz ścisłej współpracy interdyscyplinarnego zespołu. Kompleksowe postępowanie umożliwia odbudowę struktur kostnych, uzyskanie stabilnych warunków zgryzowych, poprawę estetyki twarzy oraz przywrócenie prawidłowych funkcji żucia, mowy i oddychania.

# Ropień moszny jako pierwsza manifestacja pozajądrowej torbieli dermatoidalnej z komponentą miedniczną – wyzwanie diagnostyczne i chirurgiczne

Aleksandra Purpura, Wiktor Rolski

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze Chirurgii Dziecięcej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

**Opiekun Pracy:** dr n. med. Agnieszka Wiernik, dr hab. n. med. Grzegorz Kudela

**Wstęp:** Torbiele epidermoidalne wewnątrzjądrowe stanowią najczęstsze łagodne guzy jąder, natomiast ich lokalizacja pozajądrowa w obrębie moszny występuje rzadko. W piśmiennictwie opisywano pojedyncze przypadki torbieli zlokalizowanych w linii pośrodkowej moszny, jednak jedynie nieliczne wykazywały przedłużenie w głąb miednicy mniejszej. Ze względu na nietypową lokalizację zmiany mogą stanowić istotne wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne.

**Opis przypadku:** Przedstawiamy przypadek 20-miesięcznego chłopca przyjętego z powodu twardego guza zlokalizowanego centralnie w linii pośrodkowej moszny, z niewielkim zaczerwienieniem skóry. Jądra były przemieszczone ku bokom i niebolesne w badaniu palpacyjnym. Badanie rezonansu magnetycznego miednicy uwidocznilo ropną torbiel moszny z przedłużeniem do miednicy mniejszej, przebiegającym nieznacznie na lewo od opuszki i przyśrodkowo względem lewej odnogi prącia. Pacjent został poddany leczeniu antybiotykami, następnie wykonano rewizję chirurgiczną z usunięciem treści ropnej i tkanek martwiczych, a w kolejnym etapie całkowite wycięcie torbieli wraz z maksymalnym możliwym wycięciem rozwojowego kanału drążącego do miednicy. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Badanie histopatologiczne potwierdziło zropiałą torbiel naskórkową z obfitą ziarniną zapalną.

**Wnioski:** Pozajądrowe torbiele epidermoidalne moszny z komponentą miedniczną są wyjątkowo rzadkie i mogą występować już we wczesnym dzieciństwie – dotychczas w piśmiennictwie opisano mniej niż osiem przypadków, a według naszej wiedzy przedstawiony pacjent jest najmłodszym w literaturze tego typu. Badania obrazowe, w szczególności ultrasonografia i rezonans magnetyczny, są pomocne w diagnostyce, jednak pełna ocena morfologii zmiany bywa możliwa dopiero śródoperacyjnie, zwłaszcza w przypadkach powikłanych zakażeniem. Leczeniem z wyboru jest całkowite chirurgiczne wycięcie zmiany, które jest postępowaniem wystarczającym i bezpiecznym.

# Rzadkie przypadki wykorzystania stereotaktycznej ablacyjnej radioterapii (SABR) jako leczenia wznowy raka jedynej nerki po operacji nerkooszczędzającej (NSS) lub embolizacji.

Grzegorz Majewski

**Afiliacja:** SKN RADIO(T)RACERS przy  
Katedrze i Oddziale Klinicznym Onkologii  
NIO

**Opiekun Pracy:** dr hab. n. med. Wojciech  
Majewski, prof. NIO

**Wstęp:** Stereotaktyczna ablacyjna radioterapia (SABR) jest metodą polegającą na podaniu wysokiej dawki promieniowania jonizującego w niewielkiej objętości. Oprócz bezpośredniego efektu cytotoksycznego prowadzi także do uszkodzenia naczyń zaopatrujących guz. Mimo małoinwazyjnego charakteru metoda ta jest rzadko stosowana w leczeniu pierwotnych guzów nerek, a jeszcze rzadziej opisywana u chorych ze wznową miejscową po wcześniejszej operacji nerkooszczędzającej (NSS) lub embolizacji.

**Opis przypadku:** W Zakładzie Radioterapii Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach leczono, przy użyciu SABR, chorych ze wznową raka jedynej nerki po wcześniejszym leczeniu miejscowym: 67-letniego mężczyznę po NSS oraz 63-letnią kobietę po embolizacji. Wielkość zmiany przed SABR wynosiła odpowiednio 45×42 mm (T1b) oraz 25×20 mm (T1a). U obu chorych histopatologicznie potwierdzono raka jasnokomórkowego nerki. U pacjenta zastosowano dawkę całkowitą 27 Gy w 3 frakcjach, natomiast u pacjentki 30 Gy w 3 frakcjach. Okres obserwacji wynosił odpowiednio 55 i 84 miesiące. Oceniano skuteczność miejscową oraz tolerancję leczenia. Jedynie u pacjentki stwierdzono wczesne działania niepożądane - nudności w stopniu G1 według CTCAE. U żadnego z chorych nie stwierdzono toksyczności późnej. U obojga chorych odnotowano niewielki spadek eGFR: u pacjenta o 15ml/min/1,73m<sup>2</sup> w ciągu 4 lat, a u pacjentki o 11ml/min/1,73m<sup>2</sup> w ciągu 6 lat. U pacjenta uzyskano trwałą, częściową regresję guza; pacjent zmarł z przyczyn prawdopodobnie niezwiązanych z leczeniem (choroby współistniejące, w tym podeszły wiek i rak stercza). U pacjentki początkowo również uzyskano częściową remisję guza, jednak po 66 miesiącach od SABR doszło do progresji miejscowej, a po kolejnych 2 miesiącach do wystąpienia przerzutów odległych. U pacjentki wdrożono immunoterapię – Niwolumab+Ipilimumab.

**Wnioski:** Przedstawione przypadki wskazują na potencjalną rolę SABR jako opcji terapeutycznej w sytuacjach wznowy miejscowej raka jedynej nerki po NSS lub leczeniu ablacyjnym. SABR jest metodą dobrze tolerowaną, wiążącą się z niewielkim spadkiem funkcji nerek. Jej skuteczność wymaga jednak potwierdzenia w badaniach obejmujących większe grupy chorych, z uwzględnieniem roli czynników prognostycznych.

# Cochlear implantation in patient with Treacher Collins Syndrome

Julianna Stachaczyk, Marta Borzucka

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Laryngologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

**Opiekun Pracy:** lek. Małgorzata Toroń

**Wstęp:** Treacher Collins Syndrome (TCS) is a rare congenital disorder. Features of TCS can be clinically very variable and are most commonly associated with bilateral symmetrical craniofacial dysostosis. Patients present with varying degrees of auricular dysmorphism, leading to partial or complete deafness. Due to hearing impairment, a multidisciplinary approach is essential.

**Opis przypadku:** A 51 years old female diagnosed with TCS was admitted to the Laryngology Department for the right ear cochlear implantation. The patient suffered from severe bilateral hearing impairment present since birth due to genetic disorder. At a young age, two-sided hearing amplification was provided, resulting in significant clinical benefit and correct speech development. Additionally several bilateral ossiculoplasty procedures and septoplasty were performed. Over the last three years, progressive deterioration of hearing in the right ear was observed, leading to qualification for cochlear implant surgery. Following a successful procedure and sound processor activation, the patient began long-term hearing therapy. As a result, the patient now experiences much better hearing and finds it easier to understand speech on a regular basis. Postoperative follow-up speech audiometry revealed 80% word recognition at 60 dB, which is a significant improvement considering the preoperative absence of any auditory perception in the right ear.

**Wnioski:** This case reveals that despite anatomical challenges, successful cochlear implantation can be performed in patients with Treacher Collins Syndrome. In some individuals with progressive sensorineural hearing loss occurring alongside the syndrome's characteristic middle ear malformations, the implant effectively bypasses inner ear damage. The surgery significantly improves hearing and speech perception, enhancing the patient's quality of life

# Profesjonalna higiena przewodu pokarmowego – czyli Pacjent wyszedł z twarzą, a szczoteczka z przełyku.

Małgorzata Jerczak, Michał Drózdź, Filip Przybył

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze i Klinice Gastroenterologii i  
Hepatologii

**Opiekun Pracy:** Dr n. med. Piotr  
Wosiewicz

**Wstęp:** Połknięcia ciał obcych są częstą przyczyną zgłaszania się pacjentów do szpitalnych oddziałów ratunkowych z powodów gastroenterologicznych powodując całkowitą lub częściową niedrożność przewodu pokarmowego. Zjawisko to obejmuje zarówno połknięcie ciał obcych nie będących pokarmem, jak i zatrzymanie pokarmu w przełyku. Większość połkniętych ciał obcych górnego odcinka przewodu pokarmowego przechodzi samoistnie. Jednak 10-20% wymaga interwencji nieoperacyjnej, najczęściej endoskopowej, a około 1% przypadków wymaga leczenia operacyjnego.

**Opis przypadku:** 41 letnia pacjentka chorująca na depresję oraz bulimię zgłosiła się na szpitalny oddział ratunkowy po nieumyślnym połknięciu ciała obcego - szczoteczki do zębów podczas próby prowokacji wymiotów po posiłku. Zgłaszała objawy duszności, bólu i dyskomfortu w górnym kwadrancie jamy brzusznej oraz bólu podczas połykania śliny. Wykonane zdjęcie RTG przełyku oraz jamy brzusznej uwidocznili szczoteczki uwięźniętą pomiędzy przełykiem a wpustem żołądka. Z uwagi na trudność techniczną zabiegu oraz ryzyko perforacji przewodu pokarmowego zdecydowano o pilnym przekazaniu pacjentki do ośrodka klinicznego o wyższej referencyjności celem endoskopowego usunięcia ciała obcego przez doświadczonego operatora. W ośrodku klinicznym podjęto decyzję o wykonaniu pilnego zabiegu gastroskopii w analgosedacji dożylniej. W trakcie zabiegu uwidoczniono ciało obce - szczoteczki do zębów pomiędzy przełykiem a żołądkiem, uchwycono pętlą i usunięto delikatnie jednym płynnym ruchem na zewnątrz. W przełyku widoczne były liczne otarcia nabłonka oraz powierzchowne nadżerki. Przebieg pozabiegowy był niepowikłany, pacjentce przetoczono płyn wieloelektrolitowy i po kilkugodzinnej obserwacji w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu.

**Wnioski:** Połknięcie długich i wąskich ciał obcych jest szczególnie niebezpieczne przez brak możliwości samoistnego pasażu przez anatomiczne zagięcia przewodu pokarmowego i możliwość wywołania perforacji, owrzodzeń czy martwicy uciskowej. Endoskopowe usuwanie ciał obcych cechuje się wysoką skutecznością. W porównaniu do metod chirurgicznych jest mniej inwazyjne, niesie ze sobą niższe ryzyko powikłań oraz wiąże się z krótszym czasem hospitalizacji.

# Ciężka ropowica dna jamy ustnej z zajęciem przestrzeni szyjnych i śródpiersia u chorego z cukrzycą typu 2 – opis przypadku

Jakub Fiegler-Rudol, Kamila Wolnica

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

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

**Wstęp:** Zakażenia zębopochodne mogą prowadzić do gwałtownie postępujących, zagrażających życiu powikłań ogólnoustrojowych, zwłaszcza u pacjentów z chorobami współistniejącymi, takimi jak cukrzyca. Ropowica dna jamy ustnej i szyi charakteryzuje się szybkim szerzeniem procesu zapalnego wzdłuż przestrzeni międzypowięziowych, z ryzykiem zajęcia śródpiersia, rozwoju ropniaka opłucnej oraz wstrząsu septycznego. Wczesna diagnostyka obrazowa i agresywne leczenie chirurgiczne stanowią podstawę skutecznego postępowania.

**Opis przypadku:** 37-letni mężczyzna z cukrzycą typu 2 został przyjęty w trybie pilnym z szybko narastającym obrzękiem okolicy podżuchwowej i podbródkowej po prawej stronie, szczękostiskiem oraz dysfagią. Objawy o niewielkim nasileniu utrzymywały się około miesiąca przed gwałtowną progresją. W badaniu stomatologicznym stwierdzono martwiczy korzeń zęba 48 oraz głęboką próchnicę zęba 47. Badanie ultrasonograficzne wykazało zbiornik płynowy o wymiarach 36×22 mm z obecnością pęcherzyków gazu. Wykonano ekstrakcję zębów 47 i 48 oraz pilny drenaż zewnątrzustny, uzyskując krwisto-ropną treść. Pomimo wdrożonego leczenia stan chorego uległ gwałtownemu pogorszeniu z rozwojem posocznicy oraz ostrej niewydolności oddechowej, wymagając przekazania do OIT i intubacji. Tomografia komputerowa w 2. dobie ujawniła szerzenie zakażenia do szyi i śródpiersia oraz obecność ropni w płucach i strukturach śródpiersia, co stanowiło wskazanie do pilnej torakotomii prawostronnej i drenażu. W 14. dobie hospitalizacji z powodu nawrotu zbiorników ropnych wykonano cervikotomię, rewizję śródpiersia oraz ponowną torakotomię. Stopniowo uzyskano poprawę kliniczną, dreny usunięto do 20. doby, a ekstubację przeprowadzono w 21. dobie. W przebiegu leczenia stwierdzono zakażenia wielolekooporne (m.in. *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*), wymagające celowanej antybiotykoterapii. Pacjent został wypisany w stanie dobrym po zakończeniu rehabilitacji i leczenia wielodyscyplinarnego.

**Wnioski:** Przedstawiony przypadek obrazuje rzadkie, skrajnie ciężkie powikłanie zakażenia zębopochodnego z szybkim szerzeniem ropowicy dna jamy ustnej do szyi i śródpiersia, prowadzące do ropniaka opłucnej, wstrząsu septycznego oraz niewydolności oddechowej. Skuteczne leczenie wymagało wieloetapowych zabiegów chirurgicznych, intensywnej terapii oraz ścisłej współpracy zespołów chirurgii szczękowo-twarzowej, torakochirurgii i anestezjologii. Cukrzyca typu 2 stanowiła istotny czynnik ryzyka ciężkiego przebiegu i opóźnionej odpowiedzi immunologicznej, podkreślając konieczność szczególnej czujności klinicznej u pacjentów obciążonych chorobami metabolicznymi.

## Case study - pacjentka z zespołem Susaca

Julia Światowska, Jagoda Stelmach

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze Neurologii Wydziału Nauk o  
Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet  
Medyczny w Katowicach

**Opiekun Pracy:** Dr. hab. n. med., prof.  
SUM Ewa Krzystanek

**Wstęp:** Zespół Susaca to rzadka mikroangiopatia o podłożu autoimmunologicznym, objawiająca się klasycznie triadą symptomów: encefalopatią, niedrożnością tętnic siatkówki oraz niedosłuchem czuciowo-nerwowym. Ze względu na niespecyficzny początek i rzadkość występowania, jednostka ta stanowi wyzwanie w diagnostyce różnicowej chorób demielinizacyjnych i zapalnych naczyń OUN. Dotychczas rozpoznano zaledwie około 500 przypadków, dlatego każdy kolejny wnosi cenne informacje odnośnie przebiegu choroby i możliwość terapii.

**Opis przypadku:** 32-letnia dotychczas zdrowa pacjentka, została hospitalizowana z powodu narastających zaburzeń równowagi, senności, spowolnienia psychoruchowego oraz okresowego podwójnego widzenia. Pierwsze badanie MR głowy wykazało nieliczne zmiany hiperintensywne w sekwencji T2-zależnej, jednak progresja objawów i ponowne badanie obrazowe ujawniło liczne (>20) ogniska, typowe dla zespołu Susaca (w tym zmiany w ciele modzełowatym o charakterze kul śnieżnych). U chorej wystąpił obustronny, fluktuujący niedosłuch czuciowo-nerwowy, potwierdzony w audiometrii tonalnej. Angiografia fluoresceinowa ujawniła zamknięcie naczyń tętnicznych na obwodzie siatkówki, co dopełniło triadę kliniczną. Początkowa sterydoterapia oraz podanie immunoglobulin (IVIG) przyniosły krótkotrwałą poprawę. Przełom terapeutyczny i stabilizację stanu klinicznego uzyskano po wdrożeniu leczenia biologicznego rytuksymabem, poprzedzonego metyloprednizolonem, co pozwoliło pacjentce uzyskać znaczącą poprawę.

**Wnioski:** Rozpoznanie zespołu Susaca wymaga dużej czujności diagnostycznej oraz współpracy wielospecjalistycznej. Kluczowe znaczenie dla rokowania ma wczesne wdrożenie leczenia immunosupresyjnego. W prezentowanym przypadku zastosowanie rytuksymabu pozwoliło na zahamowanie progresji choroby i wycofanie większości objawów oraz powrót pacjentki do aktywności zawodowej, mimo utrzymującego się niedosłuchu.

# Rozległa ropowica twarzy o etiologii zębopochodnej – analiza przypadku

Hanna Głowacz, Monika Warlewska, Kamila Wolnica

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

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

**Wstęp:** Infekcje zębopochodne, mimo pozornie lokalnego charakteru, mogą prowadzić do gwałtownych i zagrażających życiu powikłań ogólnoustrojowych. Ropowica twarzy stanowi jedno z najcięższych następstw nieleczonych stanów zapalnych zębów, charakteryzując się szybkim szerzeniem procesu zapalnego wzdłuż przestrzeni międzypowięziowych. Opóźnienie diagnostyki oraz leczenia znacząco zwiększa ryzyko powikłań oraz konieczność wieloetapowego postępowania terapeutycznego.

**Opis przypadku:** 39-letni pacjent został przyjęty w trybie pilnym, ostro dyżurowym z objawami postępującej ropowicy twarzy strony prawej. W wywiadzie, pierwsze dolegliwości bólowe w obrębie zęba 47 wystąpiły około tygodnia przed hospitalizacją i nie były leczone. W badaniu klinicznym stwierdzono szczękościsk II stopnia, znaczną asymetrię twarzy, osłabienie ogólne oraz cechy ostrego stanu zapalnego. Tomografia komputerowa ujawniła rozległy, otorebkowany zbiornik ropny z obecnością pęcherzyków gazu, obejmujący okolicę kąta żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego oraz dołu skroniowego, rozprzestrzeniający się ku górze. Leczenie obejmowało pilną sanację jamy ustnej, drenaż ropowicy, antybiotykoterapię empiryczną i celowaną oraz zastosowanie terapii podciśnieniowej VAC w celu kontroli zakażenia i poprawy gojenia. Przebieg leczenia był długotrwały i wymagał stałego monitorowania oraz modyfikacji postępowania.

**Wnioski:** Przedstawiony przypadek jednoznacznie potwierdza, że nielezione zakażenia zębopochodne mogą prowadzić do poważnych powikłań, takich jak rozległe, dynamicznie szerzące się ropowice twarzy prowadzące do sepy, stanowiące realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Kluczowe znaczenie mają wczesna diagnostyka, szybka eliminacja ogniska pierwotnego oraz interdyscyplinarne leczenie.

# Witrektomia 23G u 56 letniej pacjentki z nawrotowym lejkowatym odwarstwieniem siatkówki z hipotonią przedoperacyjną oka lewego.

Przemysław Ciszewski

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe Kliniki Okulistyki Katedry Okulistyki Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

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

**Wstęp:** Nawrotowe odwarstwienie siatkówki stanowi poważne wyzwanie terapeutyczne. Dane wskazują, że odsetek nawrotowych odwarstwień waha się w granicach 10-20%, a najczęstszą przyczyną jest proliferacyjna witreoretinopatia (PVR). Przypadek ten opisuje postępowanie chirurgiczne oraz wczesne wyniki leczenia u pacjentki z nawrotowym lejkowatym odwarstwieniem siatkówki i hipotonią przedoperacyjną gałki ocznej.

**Opis przypadku:** 56-letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Okulistyki z rozpoznaniem nawrotowego odwarstwienia siatkówki i hipotonią oka lewego. W wywiadzie: stan po poprzedniej witrektomii oraz wszczępieniu soczewki wewnątrzgałkowej. Przy przyjęciu ostrość wzroku (V A) w oku lewym ograniczona była do ruchów ręki przed okiem (rrpo), z towarzyszącą hipotonią gałki ocznej. Po analizie stanu klinicznego i wykonaniu badań dodatkowych pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu witrektomii przez część płaską ciała rzęskowego (PPV) 23G. Zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowym okołogałkowym. Wykonano witrektomię uzupełniającą, podano i usunięto perfluorowęglowodory (PFCL) oraz wykonano endofotokoagulację laserową przyłożonej siatkówki. Zabieg zakończono podaniem tamponady olejem silikonowym. W pierwszej dobie po zabiegu uzyskano poprawę ostrości wzroku do 1/50 (z korekcją +4,0 Dsph) oraz stabilizację ciśnienia wewnątrzgałkowego (15 mmHg). Stan miejscowy oka był dobry, bez cech wczesnych powikłań.

**Wnioski:** Zastosowana technika umożliwiła skuteczne przyłożenie siatkówki bez konieczności wykonania retinotomii, zapewniając poprawę widzenia oraz stabilizację ciśnienia wewnątrzgałkowego.

## Precyzja w trudno dostępnych miejscach: przypadek robotycznej resekcji liposarcoma śródpiersia

Anna Sawina, Agnieszka Sawina

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe  
Torakochirurgii, Uniwersytet Medyczny w  
Łodzi, SKN orzy Zakładzie Pielęgniarstwa  
Chirurgicznego i Propedeutyki Chirurgii,  
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski  
Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Opiekun Pracy:**  
dr n. med. Mariusz Łochowski

**Wstęp:** W czerwcu 2000 roku system da Vinci został zatwierdzony przez FDA do zastosowań klinicznych, co zapoczątkowało dynamiczny rozwój chirurgii robotycznej. Od tego czasu technika robotyczna zyskała szczególne znaczenie w torakochirurgii, oferując większą precyzję w porównaniu z VATS, zwłaszcza w zabiegach wymagających preparatyki w trudno dostępnych przestrzeniach śródpiersia. Liposarcoma stanowi 15–20% mięsaków tkanek miękkich, jednak lokalizacja w śródpiersiu jest wyjątkowo rzadka (<1%), a przypadki związane z przewodem pokarmowym lub przyległymi strukturami opisywane są niemal wyłącznie jako pojedyncze doniesienia.

**Opis przypadku:** W sierpniu 2025 roku w naszej klinice diagnozowano 50-letniego pacjenta z masą patologiczną w śródpiersiu. Tomografia komputerowa klatki piersiowej wykazała zmianę ogniskową śródpiersia tylnego (ok 64 mm powyżej rozwidlenia tchawicy) położoną przyśrodkowo, pomiędzy linią przykręgosłupową przednią i tylnymi brzegami ścian tchawicy oraz przełyku, wielkości 48x47x59 (RLXAPXCC) o gładkich zarysach i gęstości <0HU z widoczną komponentą tłuszczową i miękkotkankową, bez istotnego wzmocnienia kontrastowego. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego z użyciem robota da Vinci w znieczuleniu ogólnym z intubacją rurką dwuświatłową. Porty wprowadzono w miejscach typowych przy ułożeniu pacjenta na prawym boku. Makroskopowo zmiana prezentowała się jako owalna struktura śr ok 6-7 cm wchodząca w górne śródpiersie i modelująca jego struktury. Zmianę usunięto w całości w granicach torebki rzekomej. Pooperacyjne badanie histopatologiczne sklasyfikowało guz jako well-differentiated liposarcoma, pT2. Zmianę usunięto w całości w granicach torebki rzekomej. Wykonano następujące odczyny immunohistochemiczne CD 34-, CDK4+, Otsemin -, Ki67 około 1%, S100 +. Dren usunięto w 2 dobie. Czas hospitalizacji wyniósł 3 dni. Kontrolna tomografia komputerowa klatki piersiowej wykonana po 3 miesiącach od zabiegu wykazała prawidłowy obraz struktur śródpiersia i brak cech wznowy choroby nowotworowej.

**Wnioski:** Technika robotyczna umożliwia bezpieczną i precyzyjną resekcję rzadkich guzów śródpiersia, w tym liposarcoma. W opisywanym przypadku system da Vinci pozwolił na osiągnięcie resekcji R0 przy minimalnej inwazyjności, krótkiej hospitalizacji i szybkim powrocie pacjenta do zdrowia. Ze względu na potencjał wznowy miejscowej konieczna jest długoterminowa obserwacja.

# Przezskórne usunięcie vegetacji zastawki trójdzielnej z użyciem systemu AngioVac u młodej pacjentki z czynnym infekcyjnym zapaleniem wsierdza - opis przypadku

Paulina Kudzia

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice  
Kardiologii, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski  
Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Opiekun Pracy:**  
dr n. med. Tomasz Skowerski

**Wstęp:** System AngioVac umożliwia przezskórne usuwanie materiału zatorowego (skrzeplin, vegetacji, mas guzowatych) z dużych naczyń żylnych i jam serca z wykorzystaniem żylny-żylnego układu krążenia pozaustrojowego. Może stanowić alternatywę dla leczenia kardiochirurgicznego u chorych z przeciwwskazaniami lub brakiem zgody na zabieg operacyjny.

**Opis przypadku:** 24-letnia pacjentka hospitalizowana z powodu czynnego infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), z vegetacją ok. 20 mm, zlokalizowaną na płątku przednim zastawki trójdzielnej, w przebiegu dożylnego przyjmowania substancji psychoaktywnych. Klinicznie: duszność wysiłkowa NYHA II/III, ciężka niedomykalność trójdzielna. W przebiegu występowały również zmiany zatorowo-ropne w płucach oraz niedokrwistość. W wywiadzie przebyta sepsa o etiologii MSSA, epizod ostrego uszkodzenia nerek oraz współistniejące zaburzenia psychiczne. Ze względu na: (1) brak zgody pacjentki na leczenie kardiochirurgiczne, (2) czynne uzależnienie i wysokie ryzyko nawrotu IZW po implantacji sztucznej zastawki, (3) współistnienie zmian ropnych w płucach (po konsultacji torakochirurgicznej kwalifikowanych do leczenia zachowawczego), odstąpiono od pilnej operacji z implantacją protezy zastawkowej. Zespół wielodyscyplinarny zakwalifikował chorą do przezskórnej ewakuacji vegetacji z użyciem AngioVac. Zabieg wykonano w układzie żylny-żylnym: kaniulacja żylna z wytworzeniem krążenia pozaustrojowego z filtrem. Krew po aspiracji materiału z prawego serca była filtrowana w obiegu pozaustrojowym, i następnie zwracana do krążenia żylnego pacjentki. Pod kontrolą obrazowania uzyskano skuteczne usunięcie vegetacji bakteryjnej; w trakcie procedury doszło do perforacji płątku zastawki z utrzymującą się ciężką niedomykalnością trójdzielną (bez progresji w porównaniu do badania przed zabiegiem). W posiewach krwi w przebiegu hospitalizacji identyfikowano patogeny Gram-ujemne (*Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*); po kolejnych 3 tygodniach celowanej antybiotykoterapii uzyskano ujemne posiewy.

**Wnioski:** Przezskórna ewakuacja vegetacji z zastawki trójdzielnej z użyciem systemu AngioVac może stanowić realną opcję terapeutyczną u chorych z czynnym IZW prawego serca.

# Od zapalenia wyrostka robaczkowego do transplantacji płuc, czyli wielospecjalistyczna walka o życie 28-letniego pacjenta - opis przypadku.

Joanna Zając, Anna Wróblewska, Piotr Zawada

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPSK nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**Opiekun Pracy:** lek. Justyna Danel

**Wstęp:** Appendektomia jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów chirurgicznych, zazwyczaj o niskim ryzyku powikłań odległych. Praca przedstawia przypadek pacjenta, u którego powikłania po usunięciu wyrostka robaczkowego doprowadziły do rozwoju ropnia podprzeponowego, a następnie do skrajnej, odpornej na leczenie konwencjonalne niewydolności krążeniowo-oddechowej w przebiegu ARDS i przetok powietrznych.

**Opis przypadku:** 28-letni pacjent został przyjęty na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w stanie wstrząsu i skrajnej niewydolności krążeniowo-oddechowej po leczeniu operacyjnym ropnia okolicy podprzeponowej prawej oraz zapalenia płuc. W wywiadzie stwierdzono przebytą appendektomię powikłaną ropniem okołowątrobowym, prowadzącym do uszkodzenia przepony i powstania przetoki. Podczas 69-dniowej hospitalizacji na OAiIT stan chorego wielokrotnie ulegał pogorszeniu. Z powodu masywnych przecieków powietrza, uniemożliwiających adekwatną wentylację mechaniczną, wykonano liczne zabiegi torakochirurgiczne, w tym resekcje segmentów płuca, wielokrotne retorakotomie, szycie płatów płucnych oraz talkowanie jamy opłucnej. Przebieg leczenia powikłany był licznymi epizodami tachyarytmii, krwawieniem do przewodu pokarmowego, odmą obustronną oraz polineuropatią stanu krytycznego. Zastosowano intensywne leczenie przeciwwstrząsowe oraz szerokospektralną antybiotykoterapię. Kluczowym elementem terapii było przygotowanie pacjenta do transplantacji płuc, do której decyzją Zespołu Oddziału Transplantacyjnego SCCS chory początkowo nie został zakwalifikowany. Dopiero po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego oraz potwierdzeniu nieodwracalnego uszkodzenia mięszu płuc, przeprowadzono kolejną konsultację transplantologiczną. Warunkiem kwalifikacji do przeszczepienia była pełna sanacja jamy ustnej, którą przeprowadzono w 49. dobie na OAiIT, ekstrahując 10 zębów. W efekcie pacjenta wpisano na listę priorytetową biorców i ponad rok temu przeszedł udaną transplantację płuc. Aktualnie pacjent pozostaje pod kontrolą Poradni Transplantacyjnej, wykazując dobrą tolerancję wysiłku fizycznego oraz satysfakcjonujące wyniki w badaniach kontrolnych.

**Wnioski:** Prezentowany przypadek podkreśla znaczenie interdyscyplinarnej współpracy anestezjologów, torakochirurgów, stomatologów i transplantologów w leczeniu stanów krytycznych. Wykazano, że nawet w sytuacjach skrajnego wyniszczenia i nieodwracalnego uszkodzenia mięszu płucnego, zintensyfikowana terapia ukierunkowana na kwalifikację do procedur wysokospecjalistycznych, do których należy transplantacja płuc, może przynieść ogromny sukces terapeutyczny.

*SESJA PRZYPADKÓW  
ZABIEGOWYCH II*

# Martwiczka sialometaplazja jako wyzwanie diagnostyczne – opis przypadku

Maria Pawłowska

**Afiliacja:** Katedra i Zakład Chorób  
Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej  
w Zabrzcu, Śląski Uniwersytet Medyczny  
w Katowicach

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

**Wstęp:** Martwiczka sialometaplazja jest rzadkim, łagodnym i samoograniczającym się schorzeniem zapalnym drobnych gruczołów ślinowych, które ze względu na obraz kliniczny może naśladować zmiany o charakterze złośliwym. Prawidłowa diagnostyka ma kluczowe znaczenie dla uniknięcia nadmiernie agresywnego leczenia. Celem pracy jest przedstawienie przypadku martwiczej sialometaplazji u młodej pacjentki oraz podkreślenie znaczenia diagnostyki różnicowej zmian o charakterze owrzodzenia błony śluzowej.

**Opis przypadku:** Osiemnastoletnia pacjentka zgłosiła się z powodu silnego bólu podniebienia utrzymującego się od czterech dni. Dolegliwości pojawiły się nagle, bez objawów ogólnoustrojowych. Wywiad ogólny był nieobciążony, a wcześniej wdrożona antybiotykoterapia nie przyniosła poprawy. W badaniu klinicznym stwierdzono obustronne, bolesne wygórowania błony śluzowej podniebienia twardego w okolicy zębów 14–16 oraz 24–26. Badanie radiologiczne nie wykazało odchyłań od normy. Podczas wizyty kontrolnej zaobserwowano powstanie niebolesnego, kraterowatego owrzodzenia o wymiarach 10 × 4 mm. W związku z podejrzeniem zmiany nowotworowej pobrano wycinek do badania histopatologicznego. Obraz mikroskopowy wykazał metaplazję płaskonabłonkową przewodów gruczołów ślinowych, ogniska martwicy komórek pęcherzykowych, wynaczynienie śluzu oraz nacieki zapalne przy zachowanej architekturze tkanki, co pozwoliło na rozpoznanie martwiczej sialometaplazji. W kolejnych wizytach kontrolnych obserwowano stopniowe zmniejszanie się dolegliwości bólowych oraz gojenie zmiany. Całkowita regresja nastąpiła w ciągu 40 dni od pierwszej wizyty.

**Wnioski:** Martwiczka sialometaplazja może klinicznie imitować nowotwory złośliwe, dlatego potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym jest niezbędne. Charakterystyczny jest samoograniczający przebieg choroby, a właściwe rozpoznanie pozwala uniknąć niepotrzebnego, inwazyjnego leczenia.

# Skuteczna trombektomia w masywnej zakrzepicy zatok żylnych mózgu - opis przypadku

Milena Polewka, Aleksandra Krzan-Bosaczyk, Michał Borończyk

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Neurologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

**Opiekun Pracy:** prof. Anetta Lasek-Bal

**Wstęp:** Zakrzepica zatok żylnych mózgu (CVST) jest rzadką przyczyną udaru, występującą głównie u młodych dorosłych, zwłaszcza kobiet. Objawy kliniczne są zróżnicowane i mogą obejmować bóle głowy, napady padaczkowe oraz ogniskowe deficyty neurologiczne. Standardem leczenia pozostaje terapia przeciwzakrzepowa, jednak u niektórych pacjentów dochodzi do progresji choroby mimo jej stosowania. W takich przypadkach rozważane jest leczenie wewnątrznacyniowe.

**Opis przypadku:** Przedstawiono przypadek 23-letniej kobiety przyjętej do szpitala w czwartym dniu od wystąpienia objawów, do których należały: silny ból głowy, światłowstręt, przemijające zaburzenia widzenia, nudności, wymioty oraz niewielki niedowład prawostronny. Pacjentka zgłaszała w wywiadzie migreny oraz wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej. Wykonane w pierwszej dobie objawów TK mózgu było niejednoznaczne, co przyczyniło się do odroczenia interwencji. W trzeciej dobie wystąpił ogniskowy napad toniczno-kloniczny, prowadzący do powtórzenia TK, które ujawniło rozległą zakrzepicę zatok żylnych mózgu. Wdrożono leczenie przeciwzakrzepowe z użyciem heparyny drobnocząsteczkowej. Pomimo zastosowanego leczenia, stan chorej ulegał pogorszeniu, zatem w piątym dniu od wystąpienia objawów przeprowadzono trombektomię. Zastosowano mechaniczne leczenie wewnątrznacyniowe z użyciem techniki łączonej (aspiracja i stent-retrievery), uzyskując skuteczną rekanalizację zatok żylnych. Po zabiegu obserwowano szybką poprawę kliniczną. Kontrolne badania obrazowe potwierdziły całkowitą rekanalizację układu żylnego. Pacjentkę wypisano z niewielkim niedowładem ręki prawej (mRS 1).

**Wnioski:** Mechaniczna trombektomia może stanowić skuteczną i bezpieczną opcję terapeutyczną u pacjentów z CVST, u których leczenie przeciwzakrzepowe jest nieskuteczne. W wybranych przypadkach zabieg może przynieść istotną poprawę kliniczną, nawet jeśli zostanie wdrożony kilka dni po wystąpieniu zakrzepicy. Niemniej jednak wysoka czułość diagnostyczna, umożliwiająca szybkie rozpoznanie i kwalifikację do leczenia, pozostaje kluczowa dla poprawy rokowania.

# Wyzwania elektroterapii w dekstrokardii: od klasycznych powikłań do nowoczesnej stymulacji układu bodźcotwórczego – opis przypadku

Przemysław Nowakowski, Oliwia Jewuła, Aleksandra Hakało

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Kardiologii i Elektroterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze

**Opiekun Pracy:** dr hab. n. med. Ewa Jędrzejczyk-Patej, Prof. dr hab. n. med. Beata Średniawa

**Wstęp:** Implantacja kardiologicznych urządzeń wszczepialnych (CIED) u chorych z odmiennymi anatomicznymi serca stanowi istotne wyzwanie. Jedną z nich jest dekstrokardia, czyli położenie serca po prawej stronie. Stymulacja układu bodźcotwórczego (CSP), w szczególności stymulacja obszaru lewej odnogi pęczka Hisa (LBBAP), stała się fizjologiczną alternatywą dla klasycznej stymulacji prawokomorowej, oferując lepszą synchronię elektryczną. Opis przypadku dotyczy kaskady powikłań związanych z wszczepieniem CIED u pacjenta z izolowaną dekstrokardią i ostatecznie skuteczną implantacją LBBAP.

**Opis przypadku:** 75-letnia pacjentka z izolowaną dekstrokardią, nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią mieszaną, reumatoidalnym zapaleniem stawów, przebytą boreliozą oraz blokiem przedsionkowo-komorowym II stopnia 2:1 została skierowana do implantacji CIED. Ze względu na leworęczność pacjentki urządzenie wszczepiono po stronie prawej. Pierwotna implantacja dwujamowego stymulatora (DDD) została powikłana wczesną dyslokacją elektrody prawokomorowej (RV), zakrzepicą żyły podobojczykowej potwierdzoną w badaniu angio-TK oraz jatrogenną odmą opłucnową prawostronną (23 mm w szczycie płuca) z niewielkim wysiękiem osierdziowym (8 mm, bez cech tamponady). Podwyższone markery stanu zapalnego (CRP maks. 77,7 mg/l, D-dimery 3,55 µg/ml) były zgodne z podłożem reumatologicznym i poinfekcyjnym; echokardiografia przezprzełykowa wykluczyła vegetacje bakteryjne na elektrodach, odrzucając podejrzenie infekcyjnego zapalenia wsierdza.

Leczenie zachowawcze doprowadziło do samoistnej regresji odmy. Reinterwencja obejmowała usunięcie zdyslokowanej elektrody RV metodą łagodnej trakcji oraz implantację z nakłucia żyły pachowej prawej pod kontrolą USG elektrody bezsztyletowej (Medtronic SelectSecure 3830) do stymulacji fizjologicznej lewej odnogi pęczka Hisa. Parametry elektrod po zabiegu były prawidłowe, stabilne (sensing 8,0 mV, impedancja 768 Ω, próg 0,4 V/0,4 ms), a morfologia zespołów QRS wskazywała na stymulację fizjologiczną. W półrocznym okresie obserwacji nie obserwowano powikłań.

**Wnioski:** Przypadek wskazuje, że pacjenci z dekstrokardią mogą stanowić grupę chorych zagrożonych wyższym ryzykiem powikłań okołozabiegowych związanych z implantacją CIED. Implantacja LBBAP jest natomiast możliwa w tej populacji chorych.

# Zaskakujące znalezisko - jatrogenna perforacja jelita grubego

Michał Drózdź, Filip Przybył, Małgorzata Jerczak

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze i Klinice Gastroenterologii i  
Hepatologii

**Opiekun Pracy:** Dr n. med. Piotr  
Wosiewicz

**Wstęp:** PEG (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*) - przezskórna endoskopowa gastrostomia jest skuteczną drogą długoterminowego żywienia pacjentów, którzy nie mogą przyjmować pokarmów doustnie. W przypadku pacjentów z funkcjonującym przewodem pokarmowym dojelitowe drogi żywienia są preferowane w stosunku do żywienia parenteralnego. Ze względu na mniejszą inwazyjność, często brak konieczności wykonywania znieczulenia ogólnego oraz niski koszt, PEG jest lepszą opcją na wprowadzenie sondy odżywczej niż metody chirurgiczne. Wytwarzanie PEG uważane jest za bezpieczną procedurę ale wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań, z których jednym z najgroźniejszych jest perforacja jelita.

**Opis przypadku:** 73-letni Pacjent po resekcji guza - raka płaskonabłonkowego G2 dna jamy ustnej wraz z resekcją odcinkową trzonu żuchwy, karmiony dojelitowo, został przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych celem diagnostyki smolistych stolców. Pacjent negował wymioty, nudności, domieszki krwi w stolcu. W badaniu fizykalnym występowała niewielka bolesność palpacyjna w okolicy nadbrzusza i podbrzusza, bez objawów otrzewnowych. Skóra wokół stomii zaróżowiona. W wykonanej kolonoskopii w okolicy zagięcia śledzionowego uwidoczono dren sondy PEG w świetle jelita, z perforacją jego ściany oraz widocznym miejscem wejścia i wyjścia. Sondę usunięto pod kontrolą gastrokopii a miejsce perforacji zabezpieczono metalowymi klipsami. Po interdyscyplinarnych konsultacjach zdecydowano o ponownym wytworzeniu PEG upewniając się o jego prawidłowym umiejscowieniu i działaniu.

**Wnioski:** Wykonywanie względnie bezpiecznych procedur jak wytwarzanie PEG obarczone jest ryzykiem wystąpienia istotnych powikłań. Ważne jest, aby do każdego zabiegu podchodzić z należytą uwagą, ostrożnością, upewniać się o prawidłowym umiejscowieniu i funkcjonowaniu sondy.

## Neuromodulacja krzyżowa w leczeniu idiopatycznego nieobstrukcyjnego zatrzymania moczu: długoterminowa obserwacja

Anna Łajczak, Paweł Łajczak

**Afiliacja:**

SKN przy zakładzie Biofizyki, Wydział Nauk  
Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet  
Medyczny, Katowice, Polska  
Oddział Neurochirurgii, Szpital  
Uniwersytecki Onofre Lopes, Uniwersytet  
Federalny Rio Grande do Norte, Natalu,  
Brazylia  
SKN Neurochirurgii "GENEURO" –  
International Research Group in  
Neuroscience, Uniwersytet Federalny w  
Espírito Santo, Espírito Santo, Brazylia

**Opiekun Pracy:** dr. Walter Fagundes, dr.  
Sérgio Dantas, lek. Martin Kotochinsky

**Wstęp:** Neuromodulacja krzyżowa (SNM) to metoda leczenia stosowana w leczeniu objawów ze strony układu moczowego, zarówno nadreaktywnego pęcherza moczowego, jak i niedrożnościowego zatrzymania moczu. Zastosowanie SNM w leczeniu tych objawów wykazało pozytywne rezultaty, przyczyniając się do ich złagodzenia i poprawy jakości życia (QoL) u tych pacjentów. Niniejszy przypadek ma na celu przedstawienie zastosowania elektrycznej neurostymulacji nerwów krzyżowych w leczeniu idiopatycznego niedrożnościowego zatrzymania moczu.

**Opis przypadku:** Do badania zgłosiła się 27-letnia kobieta z przewlekłym, niedrożnym idiopatycznym zatrzymaniem moczu, u której zastosowano przerywane cewnikowanie pęcherza moczowego. Pacjentka nie reagowała na różne metody terapeutyczne, takie jak leczenie behawioralne, fizjoterapia dna miednicy i alfa-blokery. Przeszła wstrzyknięcie toksyny botulinowej typu A do zwieracza. Ze względu na oporność wszystkich wcześniejszych metod leczenia, zaproponowano elektryczną neurostymulację nerwów krzyżowych. W celu przezskórnej stymulacji nerwów krzyżowych wszczepiono dwie elektrody w otwory S4, obustronnie, i podłączono je do systemu neurostymulacji. Po zabiegu u pacjenta zaobserwowano zmniejszenie średniego zalegania moczu (o 47% w okresie bezpośrednio po zabiegu i o 29% po roku), znaczące zmniejszenie liczby zakażeń dróg moczowych i cewników pęcherza moczowego (o 50%), a także poprawę objawów ze strony układu moczowego, dyskomfortu w jamie brzusznej i znaczną poprawę jakości życia.

**Wnioski:** Przedstawiamy przypadek udanego leczenia niedrożnościowego zatrzymania moczu za pomocą SNM. Konieczne są jednak dalsze badania w celu określenia długoterminowego bezpieczeństwa i skuteczności tej metody.

## Zastosowanie krio-debulkingu w leczeniu krytycznego zwężenia tchawicy w przebiegu raka przełyku – opis przypadku z oceną czynnościową w oscylometrii impulsowej (IOS)

Izabella Chodak, Magdalena Ptak

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy w Zabrze, SUM

**Opiekun Pracy:** lek. Mariusz Kowaliński

**Wstęp:** Krytyczne zwężenie dróg oddechowych w przebiegu nowotworów klatki piersiowej stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i wymaga pilnej interwencji. Celem pracy jest przedstawienie przypadku skutecznego zastosowania krio-debulkingu w udrożnieniu dróg oddechowych, monitorowanego przy użyciu oscylometrii impulsowej (IOS).

**Opis przypadku:** 61-letnia pacjentka z rozpoznaniem rozsianym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, w trakcie immunoterapii została przyjęta w trybie pilnym z powodu narastającej od kilku tygodni duszności spoczynkowej i świstu centralnego. W badaniu TK klatki piersiowej uwidoczniono naciek przełyku o długości ok. 8 cm, penetrujący do światła tchawicy, z obecnymi obszarami martwicy. Kalafiorowate zmiany o wymiarach około 7x13x14mm (APxSDxCC) penetrują wyraźnie do światła tchawicy ze zwężeniem wymiaru AP miejscami do 3 mm, około 2-3 cm powyżej poziomu rozwidlenia tchawicy. Wykonano bronchofiberoskopię w znieczuleniu miejscowym, podczas której potwierdzono obecność guza o policyklicznych obrysach, położonego około 5 cm poniżej strun głosowych. Pacjentkę zaintubowano i przeprowadzono paliatywny zabieg debulkingu metodą kriobiopsji, uzyskując istotne poszerzenie światła drogi oddechowej. Zabieg przeszedł bez powikłań, skutkując natychmiastowym ustąpieniem duszności. Skuteczność procedury potwierdzono w badaniu IOS, wykazując wyraźną poprawę parametrów mechaniki oddychania. Kluczowy jest znaczny spadek pola powierzchni reaktancji (AX) z 2,40 do 0,31 cmH<sub>2</sub>O/(L/s), co stanowi poprawę o 87% i przekracza rygorystyczny próg 80% uznawany za sukces terapeutyczny według wytycznych European Respiratory Society (ERS). Równolegle wynik rezystancji całkowitej (Rrs 5Hz) obniżył się z 7,35 do 4,75 cmH<sub>2</sub>O/(L/s), oznacza to poprawę drożności o 35,4%, co stanowi trwałą i istotną zmianę fizjologiczną. Zmiany te mają bezpośrednie przełożenie na stan chorej, u której osiągnięto istotną różnicę kliniczną, objawiającą się ustąpieniem duszności spoczynkowej i świstu centralnego zaraz po przeprowadzonej procedurze

**Wnioski:** Krio-debulking może być skuteczną i bezpieczną metodą, pozwalającą na szybką rekanalizację światła tchawicy i poprawę kliniczną chorego. Oscylometria impulsowa stanowi cenne narzędzie do obiektywnej oceny efektów czynnościowych leczenia u pacjentów onkologicznych.

# Zastosowanie terapii fotodynamicznej w leczeniu zaawansowanego zapalenia przyzębia - opis przypadku

Alicja Nitoń, Sara Cisak, Martyna Bartecka

**Afiliacja:** Koło naukowe przy Katedrze i Zakładzie Chorób Przyzębia i Błony Słuzowej Jamy Ustnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Opiekun Pracy:** lek. dent. Barbara Lipka, dr hab. n. med. Rafał Wiench

**Wstęp:** Zapalenie przyzębia jest przewlekłą, wieloczynnikową chorobą zapalną tkanek otaczających zęby, prowadzącą do utraty przyczepu klinicznego i dotyczącą nawet 62% populacji. Podstawą leczenia jest mechaniczne usunięcie złogów nazębnych naddziąsłowych i poddziąsłowych. W przypadkach zaawansowanych, zwłaszcza, przy obecności głębokich kieszeni przyzębnych, zastosowanie znajdują metody adjuwantowe. Antybakteryjna terapia fotodynamiczna (aPDT), wykorzystująca fotouczulacz, światło o odpowiedniej długości fali oraz tlen, prowadzi do powstawania reaktywnych form tlenu niszczących drobnoustroje, tym może zwiększać skuteczność leczenia, ograniczając potrzebę antybiotykoterapii.

**Opis przypadku:** 56-letni pacjent, bez chorób ogólnoustrojowych w wywiadzie, zgłosił się do poradni periodontologicznej z powodu bólu i krwawienia dziąseł. W badaniu klinicznym stwierdzono zły poziom higieny jamy ustnej, obfite złogi kamienia naddziąsłowego i poddziąsłowego, krwawienie i obrzęk dziąseł, głębokie kieszenie przyzębne (3-17 mm), utratę przyczepu klinicznego CAL (2-16 mm), znaczne rozchwianie zębów oraz mnogie ropnie, świadczące o zaostrej fazie przewlekłego uogólnionego zapalenia przyzębia. Badanie mikrobiologiczne PET Standard wykazało wysoką kolonizację periopatozami - *Porphyromonas gingivalis* ( $10^8$ ) oraz *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* ( $10^4$ ).

Podczas pierwszej wizyty przeprowadzono instruktaż higieny jamy ustnej, profesjonalną higienizację oraz mechaniczne usunięcie złogów poddziąsłowych. Ze względu na zaawansowanie choroby leczenie uzupełniono o aPDT z użyciem błękitu toluidyny oraz lasera diodowego 635 nm (SmartM, Lasotronix, Polska; 400 mW, 6 J, 15 s/punkt), powtarzaną czterokrotnie w odstępach tygodniowych. Kontrola po 3 miesiącach wykazała redukcję *P. gingivalis* ( $10^3$ ) oraz eliminację *A. actinomycetemcomitans*. Kolejne wizyty kontrolne po 3, 12 i 20 miesiącach łączono z mechanicznym usuwaniem złogów. W badaniu po 43 miesiącach stwierdzono zmniejszenie głębokości kieszeni przyzębnych do 1-3 mm oraz redukcję CAL do 0-6 mm.

# Złożona rekonstrukcja biodra po urazie - opis przypadku hybrydowej endoprotezoplastyki

Agnieszka Sawina, Radosław Orłowski, Jurand Tokarczyk

**Afiliacja:** SKN przy Oddziale Klinicznym  
Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej

**Opiekun Pracy:** dr. n. med. Piotr Rydel

**Wstęp:** Urazy panewki stawu biodrowego należą do najpoważniejszych obrażeń narządu ruchu, gdyż prowadzą do utraty kongruencji stawu, zaburzeń stabilności oraz upośledzenia funkcji kończyny dolnej. Szczególnie trudne są przypadki rozległych złamań panewki u pacjentów w podeszłym wieku, z osteoporozą i współistniejącymi chorobami. W ich sytuacji coraz częściej stosuje się zaawansowane metody rekonstrukcyjne, w tym hybrydową całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego z użyciem specjalistycznych implantów rekonstrukcyjnych. Poniższy opis przypadku ilustruje możliwości współczesnej chirurgii rekonstrukcyjnej w leczeniu pourazowej destrukcji panewki.

**Opis przypadku:** Pacjent, 77-letni mężczyzna został przyjęty z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych i znacznego ograniczenia funkcji prawego stawu biodrowego. Objawy te narastały od czasu urazu w 2022 roku, kiedy doszło do upadku z paki samochodu ciężarowego. W wyniku urazu rozpoznano złamanie miednicy z uszkodzeniem panewki stawu biodrowego prawego. W marcu 2022 roku wykonano otwartą repozycję i zespolenie miednicy płytą i śrubami, a złamanie kości promieniowej leczono zachowawczo. Pacjent stopniowo rozwijał nasilające się bóle biodra i ograniczenie ruchomości, co w połączeniu z pourazową destrukcją panewki i wtórną chorobą zwyrodnieniową doprowadziło do znacznego upośledzenia funkcji kończyny i istotnie ograniczało jego aktywność. Na podstawie obrazu klinicznego i badań obrazowych rozpoznano pourazową koksartrozę i zakwalifikowano pacjenta do rewizyjnej endoprotezoplastyki z rekonstrukcją panewki. W dniu 17.03.2023 roku wykonano hybrydową całkowitą endoprotezoplastykę stawu biodrowego prawego. Zastosowano koszyk Burch-Schneidera 56 mm wzmocniony czterema śrubami, a dno panewki odbudowano przeszczepem kostnym i granulatem. W koszyku osadzono na cemencie panewkę Müllera 56/32 mm z antybiotykami, użyto bezcementowego trzpienia Accolade nr 6 oraz ceramicznej głowy 32 mm. Przebieg pooperacyjny był stabilny, z koniecznością przetoczenia dwóch jednostek KKCz. W kolejnych kontrolach radiologicznych w latach 2023 - 2025 stwierdzano stabilne położenie implantów i prawidłową przebudowę kostną.

**Wnioski:** Przypadek ilustruje skuteczność zastosowania ww. metody w leczeniu pourazowej destrukcji panewki u chorego w podeszłym wieku, umożliwiając stabilne osadzenie endoprotezy i zachowanie funkcji kończyny w dwuletniej obserwacji.

# Strategia oszczędzająca nerw okoruchowy w chirurgii guza zatoki jamistej u pacjentki młodocianej

Paweł Łajczak

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze  
Neurochirurgii, Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny nr. 5 w Sosnowcu, Śląski  
Uniwersytet Medyczny w Katowicach,  
Katowice, Polska

**Opiekun Pracy:** Dr n.med. Łukasz  
Antkowiak

**Wstęp:** Guzy podstawy czaszki, zwłaszcza te zlokalizowane w sąsiedztwie zatoki jamistej, stanowią istotne wyzwanie terapeutyczne ze względu na ryzyko trwałego uszkodzenia nerwów czaszkowych. Objawy kliniczne są zróżnicowane i zależą od kierunku ucisku guza.

**Opis przypadku:** 15-letnia pacjentka od około roku odczuwała napadowe bóle w obszarze skóry zaopatrywanym przez gałąź oczną nerwu trójdzielnego prawego. W do powyższych objawów dołączyło się poszerzenie źrenicy oka prawego. W toku diagnostyki, wykonano badanie TK mózgowia, uwidaczniając zmianę guzową, związaną ze stropem prawej zatoki jamistej. Przeprowadzono konsultację anestezyjologiczną, kwalifikując pacjentkę do zabiegu operacyjnego. Po uprzednim przygotowaniu, pacjentkę operowano. Drogą kraniotomii czołowo-ciemieniowo-skroniowej prawostronnej usunięto guza stropu zatoki jamistej prawej, pozostawiając fragment zrośnięty z nerwem okoruchowym. Przebieg zabiegu niepowikłany. Po operacji pacjentkę wybudzoną, przytomną, w kontakcie słownym przekazano na oddział, celem kontynuacji opieki. W bezpośrednim okresie pooperacyjnym u chorej pojawiło się porażenie nerwu okoruchowego prawego. W kolejnych dobach pooperacyjnych obserwowano obrzęk powiek oka prawego, który stopniowo ulegał redukcji, ustępując w czasie hospitalizacji. W toku hospitalizacji kontynuowano leczenie przeciwobrzękowe i przeciwbólowe. Chora niezgłaszająca dolegliwości. Stan chorej pozostawał stabilny. Niedowład nerwu okoruchowego prawego uległ zmniejszeniu - możliwe pozostaje unoszenie powiek, przy równocześnie mniejszym nasileniu porażenia mięśni gałkoruchowych. W obliczu prawidłowego stanu klinicznego i stabilnego stanu neurologicznego, pacjentkę wypisano do domu.

**Wnioski:** Analiza przypadku wskazuje, że współwystępowanie bólu w zakresie nerwu trójdzielnego i anizokorii jest silnym sygnałem patologii zatoki jamistej, wymagającym pilnej diagnostyki obrazowej. W strategii chirurgicznej priorytetem jest zachowanie funkcji nerwów, co uzasadnia pozostawienie fragmentu guza ściśle zrośniętego ze strukturami nerwowymi.

# Nerwiak osłonkowy miednicy mniejszej – rzadki przypadek oraz diagnostyczna pułapka

Olivier Połeć, Aleksandra Guzowska

**Afiliacja:** Studenckie Koło Naukowe przy  
Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej  
WNMZ, SUM

**Opiekuni Pracy:** dr. hab. n. med. Dariusz  
Waniczek, lek. Jan Wojtysiak

**Wstęp:** Nerwiaki osłonkowe (schwannoma) stanowią heterogenną grupę łagodnych nowotworów wywodzących się z komórek Schwanna, najczęściej lokalizujących się w obrębie nerwów głowy i szyi. Lokalizacja miedniczna należy do wyjątkowo rzadkich. Przebieg kliniczny schwannom jest często bezobjawowy, a w przypadku wystąpienia dolegliwości są one niespecyficzne i zależne od lokalizacji oraz rozmiaru guza, manifestując się najczęściej bólem lub objawami neurologicznymi. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku pacjenta z rzadką miedniczną lokalizacją nerwiaka osłonkowego oraz omówienie trudności diagnostycznych i terapeutycznych związanych z tak nietypowym umiejscowieniem zmiany.

**Opis przypadku:** 54-letni pacjent został skierowany do dalszej diagnostyki z powodu diagnostyki omdleń. W trakcie badań obrazowych stwierdzono obecność dobrze odgraniczonej zmiany guzowatej zlokalizowanej w obrębie prawego mięśnia zasłonowego wewnętrznego. Wykonano biopsję gruboigłową pod kontrolą USG, której wyniki były nierozstrzygające. Zmianę usunięto chirurgicznie podczas laparotomii. Badanie histopatologiczne, uzupełnione o ocenę immunohistochemiczną, pozwoliło na rozpoznanie nerwiaka osłonkowego.

**Wnioski:** Schwannoma charakteryzuje się niespecyficznym obrazem klinicznym, uzależnionym od lokalizacji i wielkości guza, co może prowadzić do ich przypadkowego wykrycia w trakcie diagnostyki prowadzonej z innych przyczyn. Pomimo znacznych rozmiarów zmiany u opisywanego pacjenta przebieg choroby był bezobjawowy. Ze względu na rzadką lokalizację miedniczną, nerwiaki osłonkowe powinny być uwzględniane w diagnostyce różnicowej guzów miednicy mniejszej, w tym zmian pochodzenia ginekologicznego i urologicznego, zwłaszcza w przypadku dobrze odgraniczonych, wolno rosnących zmian o niejednoznacznym obrazie radiologicznym. Podstawową metodą leczenia schwannom pozostaje leczenie chirurgiczne, umożliwiające całkowite usunięcie guza oraz jednoznaczną weryfikację histopatologiczną. W diagnostyce immunohistochemicznej charakterystyczna jest silna ekspresja białek S100 oraz SOX10. W przypadku zmian łagodnych rokowanie jest dobre, a ryzyko nawrotu niewielkie.

# Oko w oko z pułapką diagnostyczną: nietyпова prezentacja przetoki tętniczo-żylniej (dAVF) mimikującej przetokę szyjno-jamistą (CCF).

Patrycja Jaworska, Julia Stelmach, Jakub Rychlik

**Afiliacja:** SKN Neurochirurgii GUMed,  
Gdański Uniwersytet Medyczny

**Opiekun Pracy:** Michał Krakowiak

**Wstęp:** Cranial dural arteriovenous fistulas (dAVFs) are rare vascular anomalies defined by abnormal connections between dural arteries and venous sinuses or cortical veins. Their clinical presentation varies based on venous drainage patterns. While carotid cavernous fistulas (CCFs) are known to present with ocular symptoms such as chemosis, proptosis, and increased intraocular pressure, similar manifestations caused by dAVFs are infrequently reported, leading to potential misdiagnosis.

**Opis przypadku:** We present the case of an 83-year-old male with a 4-month history of progressive left-sided exophthalmos, lacrimation, and conjunctival redness. Imaging initially suggested a carotid cavernous fistula; however, angiographic studies revealed multiple dAVFs draining into the left sigmoid sinus with retrograde cortical venous reflux—Cognard IIb, Borden II. A subsequent embolization using Onyx 18 achieved occlusion of the fistulas. The patient was discharged in good condition without neurological deficits.

**Wnioski:** This case emphasizes the importance of including dural AVFs in the differential diagnosis of patients with ocular symptoms typically attributed to CCFs. Failure to recognize a dAVF with retrograde venous drainage can lead to delayed treatment and increased risk of hemorrhage or neurological deterioration. Clinicians should maintain a high index of suspicion and rely on detailed angiographic studies for accurate diagnosis. Early recognition and endovascular treatment can result in favorable outcomes.

*SESJA PRZYPADKÓW  
PEDIATRYCZNYCH*

# Żółtkowa dystrofia plamki Besta u 9-letniej pacjentki: Opis przypadku

Natalia Kwaśniewska

**Afiliacja:** SKN Kliniki Okulistyki Katedry  
Okulistyki Wydziału Nauk Medycznych w  
Katowicach Śląskiego Uniwersytetu  
Medycznego w Katowicach

**Opiekun Pracy:** dr n. med. Bogumiła  
Wójcik-Niklewska

**Wstęp:** Choroba Besta nazywana również żółtkową dystrofią plamki Besta jest rzadką, dziedziczną najczęściej autosomalnie dominującą chorobą siatkówki, spowodowaną mutacją w genie *BEST1*. Schorzenie charakteryzuje się dużą zmiennością obrazu klinicznego oraz wieku wystąpienia pierwszych objawów. Postać pediatryczna jest rozpoznawana rzadko, a dane literaturowe dotyczące jej przebiegu są ograniczone.

**Opis przypadku:** Przedstawiono przypadek 9-letniej pacjentki hospitalizowanej z powodu stopniowego pogorszenia ostrości widzenia w oku lewym. Zmiany w obrębie plamki były obserwowane od 2. roku życia, początkowo bez upośledzenia funkcji wzrokowych. Badanie dna oka ujawniło w obu oczach charakterystyczne, dobrze odgraniczone zmiany typu „żółtka jajka”. Badania obrazowe, w tym optyczna koherentna tomografia oraz angiografia fluoresceinowa, potwierdziły obecność symetrycznych zmian strukturalnych w obrębie plamki obu oczu, bez cech aktywnego wysięku. Mimo, że zmiany wyglądały praktycznie identycznie w obu oczach ostrość wzroku w oku lewym była wyraźnie niższa i wynosiła 0.3, podczas gdy widzenie w oku prawym utrzymywało się na poziomie 1.0. Badania elektrofizjologiczne wykazały obniżenie amplitudy fal w oku lewym, korelujące z istotnie obniżoną ostrością wzroku. Rozpoznanie choroby Besta zostało potwierdzone badaniem genetycznym. Pacjentkę objęto regularną obserwacją ambulatoryjną.

**Wnioski:** Opisany przypadek podkreśla znaczenie wczesnej, kompleksowej diagnostyki choroby Besta u dzieci. Wczesne rozpoznanie umożliwia właściwe monitorowanie przebiegu choroby oraz szybkie wykrywanie potencjalnych powikłań. Badania genetyczne są istotnym narzędziem diagnostycznym szczególnie gdy choroba ma różnicowany przebieg kliniczny.

# Gdy pierwszy oddech staje się wyzwaniem – sekwestracja płuca u noworodka. Opis przypadku

Marta Jędrzejowska

**Afiliacja:** SKN przy Klinice Intensywnej  
Terapii i Patologii Noworodka, Śląski  
Uniwersytet Medyczny

**Opiekun Pracy:** dr n. med. Jakub Behrendt

**Wstęp:** Sekwestracja płuca jest rzadką, wrodzoną wadą rozwojową dolnych dróg oddechowych, polegającą na obecności nieprawidłowej tkanki płucnej pozbawionej połączenia z drzewem oskrzelowym i zaopatrywanej przez krążenie systemowe. W okresie noworodkowym może prowadzić do ciężkiej niewydolności oddechowej oraz zaburzeń hemodynamicznych wynikających z ucisku na prawidłowy miąższ płuczny i przemieszczenia śródpiersia. Wczesna diagnostyka i niezwłoczne wdrożenie leczenia mają kluczowe znaczenie dla rokowania i dalszego rozwoju dziecka.

**Opis przypadku:** Noworodek płci męskiej, urodzony o czasie, z ciąży II powikłanej zakażeniem układu moczowego matki. W 6. godzinie życia, z powodu narastających zaburzeń oddychania, został przekazany do Oddziału Patologii Noworodka Szpitala Klinicznego w Zabrze. Początkowo zastosowano tlenoterapię bierną, następnie nieinwazyjne wsparcie oddechowe (nCPAP), oraz empiryczną antybiotykoterapię. Z powodu progresji niewydolności oddechowej i narastającej kwasicy oddechowej w 4. dobie hospitalizacji wdrożono wentylację mechaniczną w trybie SIMV. Badania obrazowe wykazały nieprawidłowy obszar nieupowietrznionego miąższu w dolnym płacie płuca prawego, odpowiadający zewnątrzpłucnemu sekwestrowi płuca o unaczynieniu pochodzącym z aorty brzusznej. Po przygotowaniu u dziecka wykonano chirurgiczną resekcję sekwestru płuca prawego. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, a pacjent został sprawnie odłączony od respiratora, następnie tolerował żywienie enteralne, rana goiła się prawidłowo. Po 22 dniach hospitalizacji pacjent został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, z prawidłową wydolnością oddechową i zadowalającym przyrostem masy ciała.

**Wnioski:** Skuteczne leczenie noworodków z sekwestracją płuca manifestującą się niewydolnością oddechową wymaga wczesnej diagnostyki obrazowej, stabilizacji stanu ogólnego z wykorzystaniem nowoczesnych metod wsparcia oddechowego oraz precyzyjnie zaplanowanej interwencji chirurgicznej, zwłaszcza w zakresie identyfikacji naczyń zaopatrujących zmianę. Kompleksowe postępowanie okołoperacyjne oraz ścisła współpraca neonatologów i chirurgów dziecięcych umożliwiają uzyskanie szybkiej poprawy wydolności oddechowej, eliminacji zaburzeń hemodynamicznych oraz stworzenia warunków dla prawidłowego rozwoju i wzrastania dziecka w okresie niemowlęcym.

## When there are too many eosinophils in the body - continuation (Case Report Study)

Emilia Szkuřat, Klaudia Gryn timer, Rozalia Jaros

**Afiliacja:** SKN przy Klinice Pediatrii  
Katedry Pediatrii, Śląski Uniwersytet  
Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk  
Medycznych w Katowicach

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

**Wstęp:** Eosinophils are responsible for an innate host defense against parasites and inflammatory responses, especially in allergic reactions. These white blood cells, when accumulated in tissues, can contribute to the inflammation and damage in the organs, causing tissue eosinophilia.

**Opis przypadku:** We present the case of a now 3 year-old girl who was initially hospitalized in December 2023 as 9-month old due to ambulatory USG – suspicion of a proliferative process. Since October her mother has observed more crying and baby's anxiety during the nights but neurological exam and lab tests were normal (apart from high leucocytosis). The abdominal ultrasound examination revealed an enlarged liver. During her stay at the Gastroenterology Department, many examinations were conducted. Gastroscopy revealed a suspicion of a varicose vein in the girl's oesophagus and activated lymph nodes in the duodenal bulb. Angio-CT also showed a thrombosis of the portal vein and inflammation near the liver. Liver biopsy results revealed a mixed inflammatory infiltrate composed of eosinophils and lymphocytes. The baby was prescribed Low-Molecular-Weight Heparin and discharged from the hospital. After a month the girl has been admitted to the Haematology Department for further diagnostics. Lab tests showed hypereosinophilia and low iron level. In the bone marrow biopsy attention draws highly elevated eosinophils count and excessive megacaryopoiesis.

**Wnioski:** In this case we wanted to draw attention to the diversity of eosinophilic inflammation in the paediatrics patients' bodies as it is a spectrum of many different manifestations. In the differential diagnosis of eosinophilia, allergic diseases and parasitic infections have to be taken into consideration, but rare causes such as thromboembolic changes should also be remembered.

## When there are too many eosinophils in the body (Case Report Series)

Rozalia Jaros, Klaudia Gryn timer, Emilia Szkurłat

**Afiliacja:** SKN przy Klinice Pediatrii  
Katedry Pediatrii, Śląski Uniwersytet  
Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk  
Medycznych w Katowicach

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

**Wstęp:** Eosinophils play a crucial role in innate host defence against parasites and inflammatory responses especially in asthma and allergic reactions. Their increased number can contribute to the inflammation in the organs, causing tissue eosinophilia.

**Opis przypadku:** We present the cases of 2 patients who were diagnosed with inflammatory infiltrates in the gastrointestinal tract. The first patient was a 17-year-old boy who was initially hospitalized at the clinic in 2022 due to discomfort during food and liquid intake, described as a sensation of esophageal pressure while swallowing. Based on endoscopic and histopathological findings, he was diagnosed with eosinophilic esophagitis. Endoscopic examination revealed involvement of the entire esophagus, with focal white coating, friable and edematous esophageal mucosa with contact bleeding. The gastric mucosa and pylorus are intensely erythematous. He is now on the hypoallergenic diet and pharmacological treatment with proton pump inhibitors and budesonide administered orally. He has had several control gastroscopies. A 17.5-year-old boy was first hospitalized in 2024 due to lower gastrointestinal bleeding. Based on diagnostic testing (colonoscopy, histopathological examination of collected specimens), the findings revealed eosinophilic infiltration and inflammatory changes with increased eosinophil counts in the rectum. Additionally, 3 hyperplastic polyps were found in the rectum during rectoscopy, the mucous membrane was swollen and the vascular pattern of the rectum was blurred. Gastroscopy showed gastritis. Helicobacter pylori infection was not confirmed. Laboratory tests showed elevated calprotectin. In deepen diagnostics, the presence of food allergies and parasitic infection was ruled out.

**Wnioski:** In the cases we conducted, we wanted to draw attention to the etiopathological diversity in inflammatory changes accompanied by eosinophilia and differentiation in a clinical picture depending on the segment of the gastrointestinal tract affected by inflammation.

# Rzadki defekt metabolizmu kwasów tłuszczowych u dziecka – opis przypadku deficytu MTP

Agnieszka Buchta, Klaudia Giercuskiewicz, Maria Kuczera-Jarosz

**Afiliacja:** SKN Neurologii Dziecięcej  
WNMK  
Śląski Uniwersytet Medyczny w  
Katowicach

**Opiekun Pracy:** Prof. dr hab. n. med. Justyna  
Paprocka

**Wstęp:** Wrodzone zaburzenia utleniania kwasów tłuszczowych stanowią ważną, choć rzadką przyczynę epizodów osłabienia, dekompensacji metabolicznych oraz objawów neurologicznych u dzieci. Jednym z takich schorzeń jest deficyt mitochondrialnego białka trifunkcyjnego (MTP), spowodowany mutacjami w genach *HADHA* lub *HADHB*, który prowadzi do upośledzenia  $\beta$ -oksydacji długołańcuchowych kwasów tłuszczowych. Przebieg choroby może być bardzo zmienny – od ciężkich postaci z kardiomiopatią i rabdomiolizą po objawy skąpoobjawowe, ujawniające się dopiero w wieku szkolnym. Wczesne wykrycie i leczenie dietetyczne pozostają podstawą skutecznego postępowania.

**Opis przypadku:** 9-letni chłopiec z rozpoznaniem deficytu MTP, potwierdzonym obecnością mutacji w obu allelach genu *HADHB*, pozostaje pod stałą obserwacją od okresu noworodkowego. Chorobę wykryto w badaniach przesiewowych metodą tandemowej spektrometrii mas, a w pierwszych latach życia rozwój dziecka przebiegał prawidłowo. W wieku sześciu lat pojawił się epizod nagłego zwiotczenia mięśni podczas wysiłku fizycznego, który ustąpił po spożyciu posiłku. W dalszym przebiegu zwrócono uwagę na trudności z koncentracją oraz wzmożoną aktywność ruchową, przy jednocześnie wysokim poziomie funkcji poznawczych. Badanie neurologiczne wykazało jedynie ograniczenie zgięcia grzbietowego stóp, bez cech ogniskowego uszkodzenia OUN. Obraz MR mózgu pozostawał prawidłowy. Zastosowanie diety niskotłuszczowej z dodatkiem oleju MCT pozwoliło na stabilizację stanu klinicznego i prawidłowy rozwój.

**Wnioski:** Przypadek ten pokazuje, że nawet przy rzadkich defektach metabolizmu możliwe jest dobre funkcjonowanie dziecka, jeśli leczenie zostanie wdrożone wcześniej i jest konsekwentnie prowadzone. Stałe monitorowanie metaboliczne, wsparcie dietetyczne oraz opieka wielospecjalistyczna odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu powikłaniom i nawrotom objawów.

# Rzadki przypadek portopulmonarnego nadciśnienia płucnego u kilkuletniego chłopca z transformacją jamistą żyły wrotnej.

Julia Sekuła, Julia Marcinkowska

**Afilacja:** Studenckie Koło Naukowe pr. Katedrze i Klinice Kardiologii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach      **Opiekun Pracy:** dr. n. med. Krzysztof Kocot

**Wstęp:** Portopulmonarne nadciśnienie płucne (PoPH) stanowi rzadkie, potencjalnie zagrażające życiu powikłanie nadciśnienia wrotnego, szczególnie sporadycznie opisywane w populacji pediatrycznej. Rozwija się wtórnie do zaburzeń przepływu wrotnego, w tym transformacji jamistej żyły wrotnej, i kwalifikuje się do leczenia w ramach programu terapii swoistej nadciśnienia płucnego.

**Opis przypadku:** U wcześniej zdrowego chłopca, w wieku dwóch lat wystąpiły nawracające krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. W toku diagnostyki u dziecka rozpoznano nadciśnienie wrotne spowodowane transformacją jamistą żyły wrotnej, powikłane żylakami przełyku. W czasie konsultacji kardiologicznej u dziecka stwierdzono ponadto echokardiograficzne cechy nadciśnienia płucnego. Chłopca zakwalifikowano do diagnostycznego cewnikowania serca, w czasie którego potwierdzono rozpoznanie portopulmonarnego nadciśnienia płucnego (PVR=6,71 WU/m<sup>2</sup>, IND=4,59). Włączono leczenie sildenafilem, a następnie terapię skojarzoną z bosentanem. U pacjenta w wieku 4 lat wykonano zabieg zespolenia meso-Rex. Chłopiec, aktualnie 6-letni, pozostaje pod stałą kontrolą kardiologiczną. Nadciśnienie płucne jest dobrze kontrolowane w terapii dwulekowej doustnej. W ostatniej ocenie kardiologicznej w trakcie 6-minutowego marszu pacjent osiągnął dystans 520m bez desaturacji.

**Wnioski:** Przypadek podkreśla znaczenie wczesnego rozpoznania PoPH oraz skojarzenia leczenia przyczynowego z terapią swoistą, co umożliwia stabilizację kliniczną i dobrą tolerancję wysiłku u pacjentów pediatrycznych.

# Spontaniczne bakteryjne zapalenie otrzewnej w przebiegu idiopatycznego zespołu nerczycowego – opis przypadku

Kacper Szumierz

**Afiliacja:** SKN przy Klinice Pediatrii "Oddział Nefrologii Dzieci" Katedry Pediatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

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

**Wstęp:** Spontaniczne bakteryjne zapalenie otrzewnej (SBP) to rzadkie, lecz zagrażające życiu powikłanie idiopatycznego zespołu nerczycowego (INS) u dzieci. Ryzyko jego wystąpienia wzrasta drastycznie w stanach głębokiej hipoalbuminemii (< 20 g/l) oraz hipogammaglobulinemii, które sprzyjają translokacji bakterii do płynu wodobrzusznego.

**Opis przypadku:** Przedstawiono przypadek 4-letniej dziewczynki przyjętej z powodu nawrotu INS. W czwartej dobie hospitalizacji doszło do gwałtownego pogorszenia stanu klinicznego z objawami wstrząsu septycznego, niewydolności oddechowej i ostrego uszkodzenia nerek (AKI). Mimo początkowo ujemnych markerów zapalnych (CRP), ekstremalnie wysokie stężenie prokalcytoniny (>100 ng/ml) oraz obraz kliniczny pozwoliły na rozpoznanie SBP. Istotnym czynnikiem wyzwalającym była współistniejąca infekcja norowirusowa, która prawdopodobnie naruszyła barierę jelitową. Po ustąpieniu ostrej fazy zakażenia u pacjentki rozwinęła się wtórna steroidoporność, co wymagało modyfikacji leczenia i włączenia cyklosporyny A, po której uzyskano remisję.

**Wnioski:** SBP u dzieci z IZN może mieć przebieg piorunujący, a początkowo ujemne wskaźniki stanu zapalnego nie powinny opóźniać agresywnej antybiotykoterapii empirycznej. Infekcje wirusowe przewodu pokarmowego mogą ułatwiać rozwój SBP poprzez mechanizm translokacji bakteryjnej. Ponadto ciężka sepsa i towarzysząca jej kaskada cytokin mogą indukować wtórną oporność na glikokortykosteroidy, wymagając szybkiej eskalacji leczenia immunosupresyjnego.

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

Anna Budzyńska

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice  
Pediatrii, Śląski Uniwersytet Medyczny w  
Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w  
Zabrzu

**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 Zabrzu. W badaniu fizykalnym uwagę zwracał niedobór masy ciała (BMI 15,5 kg/m<sup>2</sup>, <3 percentyla). W wykonanej gastroskopii 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.

## Wpływ stresu na przedwczesne dojrzewanie-opis serii przypadków

Joanna Czapla

**Afiliacja:** SKN przy Katedrze i Klinice  
Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Śląski  
Uniwersytet Medyczny w Katowicach,  
Wydział Nauk Medycznych w Katowicach

**Opiekun Pracy:** dr n.med. Dorota  
Karbowska

**Wstęp:** Przedwczesne dojrzewanie płciowe u dziewcząt to pojawienie się drugorzędowych cech płciowych przed ukończeniem 8lat. Jedną z jego postaci jest GnRH-zależne przedwczesne dojrzewanie płciowe, którego jedną z przyczyn są czynniki idiopatyczne. Dane dotyczące ich etiologii są ograniczone, część badań wskazuje m.in. na związek między adopcją międzynarodową a przedwczesnym dojrzewaniem, tłumaczony dotychczas głównie niedożywieniem przed adopcją, następczą otyłością a także stresem psychospołecznym. W 2023 roku włoscy autorzy opisali wzrost częstości przedwczesnego dojrzewania podczas pandemii COVID-19 i lockdownu, sugerując, że stres i lęk mogły odgrywać istotniejszą rolę niż czynniki metaboliczne. Przedstawiona seria przypadków obejmuje trzy pacjentki z przedwczesnym dojrzewaniem narażone na stres psychiczny o odmiennej etiologii, dotychczas słabo opisanej w literaturze. Dziewczynki pochodziły z kraju objętego konfliktem zbrojnym i doświadczyły przymusowej migracji, a wystąpienie objawów przedwczesnego dojrzewania korelowało czasowo z traumą.

**Opis przypadku:** Pacjentka 1 – w wieku 7 lat mama zauważyła powiększenie piersi, owłosienie łonowe i pach. Na Oddziale Endokrynologii Dziecięcej wykonano badania hormonalne, USG miednicy i test stymulacji z analogiem GnRH, które potwierdziły centralne przedwczesne dojrzewanie, a MRI głowy wykluczyło przyczyny organiczne. Dziewczynka otrzymuje terapię analogiem gonadoliberyny. Pacjentka 2 - cechy przedwczesnego dojrzewania w wieku 7,5lat. Po przyjęciu na Oddział w wieku 8,5lat dojrzewanie w skali Tannera P3,M3,A2, wiek kostny 11lat. Diagnostyka potwierdziła centralne przedwczesne dojrzewanie. Dziewczynka zakwalifikowana do leczenia. Pacjentka 3 - przyjęta na Oddział w wieku 9,5lat od 1,5roku mama obserwowała cechy przedwczesnego dojrzewania. Dojrzewanie w skali Tannera M3/4,P3/4,A2/3. Rozpoznano centralne przedwczesne dojrzewanie, nie włączono leczenia ze względu na wzrost >97. percentyla.

**Wnioski:** We wszystkich trzech przypadkach stwierdzono GnRH-zależne przedwczesne dojrzewanie, wykluczono zmiany organiczne, wtórne przyczyny oraz zespoły genetyczne, co sugeruje etiologię idiopatyczną, najprawdopodobniej związaną z traumą psychiczną. Opis tych przypadków podkreśla znaczenie dobrostanu psychicznego dzieci dla dojrzewania i ogólnego rozwoju, wskazując, że stres, w tym wojenny, może być istotnym czynnikiem wyzwalającym przedwczesne dojrzewanie, choć dotychczas nie istnieją duże badania go potwierdzające.

# Kiedy choroba organiczna nakłada się z podłożem psychiatrycznym

Anna Siodłak, Katarzyna Mostowska, Julia Nemś

**Afiliacja:** Koło Naukowe Kliniki Pediatrii,  
Katedrze Pediatrii

**Opiekun Pracy:** Dr hab. n. med. Sabina  
Więcek

**Wstęp:** Wrzód samotny odbytnicy to rzadkie schorzenie populacji pediatrycznej. Jego etiopatogeneza nie jest jasna. Podejrzewa się wpływ zaburzeń defekacji oraz czynników psychogennych. Usilne parcie na stolec powoduje pogrubienie ściany jelita, a co w konsekwencji prowadzi do jej przebudowy w wyniku zwiększonego nacisku. Głównymi objawami u pacjenta są krwawienia z odbytu, krew w stolcu, bóle brzucha oraz zaparcia.

**Opis przypadku:** Przedstawiamy przypadek 15-letniej pacjentki, która została przyjęta do Kliniki Pediatrii z powodu krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu zwracał uwagę znaczny niedobór masy ciała- BMI 10,5. Konsultacja chirurgiczna wykazała w badaniu *per rectum* guzki krwawnicze wraz ze zgrubieniem śluzówki. Pacjentka zgłaszała ponadto zaparcie stolca, uczucie parcia na stolec podczas przedłużających się wypróżnień (>30min), bóle brzucha, wzdęcia oraz wtórny brak miesiączki. W badaniach laboratoryjnych wykazano nieznacznie podwyższoną wartość kalprotektyny (190ug/g) jak również niedobór witaminy D3 (21 ng/ml). W badaniu endoskopowym dolnego odcinka przewodu pokarmowego uwidoczono rozległe, obwałowane, nieregularne owrzodzenie pokryte włóknikiem na głębokości 2-8cm od brzegu odbytnicy, o średnicy 3cm. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie wrzodu samotnego odbytnicy. W badaniu rezonansu magnetycznego miednicy stwierdzono nasilone zmiany zapalne ścian odbytnicy. Ze względu na bradykardię dziewczynkę konsultowano kardiologicznie. W badaniu echokardiograficznym wykazano obecność płynu w worku osierdziowym. W związku z rozpoznaniem wrzodu samotnego odbytnicy włączono leki miejscowe - mesalazyna oraz glikokortykoidy. Podczas pobytu zaobserwowano objawy mogące wskazywać na jadłowstręt psychiczny, pacjentka negocowała ograniczanie kaloryczności posiłków. Zarówno pacjentka jak i jej opiekunowie negocowali rozpoznanie jadłowstrętu psychicznego. Pacjentka pozostaje pod stałą systematyczną opieką psychiatryczną.

**Wnioski:** W prezentowanej pracy chcemy zwrócić uwagę na niewątpliwy wpływ diety i zaburzeń psychiatrycznych u naszej pacjentki, który wiąże się z wystąpieniem wrzodu samotnego odbytnicy.

## Trudności diagnostyczne w rozpoznaniu ciąży pozamacicznej - opis przypadku

Michał Lipka

**Afiliacja:** SKN przy I Katedrze i Klinice Ginekologii i Położnictwa UMW

**Opiekun Pracy:** lek. Małgorzata Kowalska, lek. Roman Lipka

**Wstęp:** Ciąża pozamaciczna to zagnieżdżenie zapłodnionej komórki jajowej poza błoną śluzową jamy macicy. Występuje w 1-2% ciąż i stanowi zagrożenie dla życia kobiety. Diagnostyka obejmuje badanie fizykalne, badania obrazowe (USG), oznaczenie  $\beta$ -hCG oraz w razie wątpliwości laparoskopię diagnostyczną. Ciąża pozamaciczna bywa błędnie rozpoznawana jako torbiel krwotoczna jajnika, stan zapalny lub skręt przydatków, zapalenie wyrostka robaczkowego czy krwawienie z przewodu pokarmowego. Podstawą leczenia jest leczenie chirurgiczne.

**Opis przypadku:** 42-letnia pacjentka została przywieziona na izbę przyjęć oddziału ginekologicznego szpitala Karviná-Ráj o godzinie 5:00 z powodu ostrego bólu jamy brzusznej. Przy przyjęciu parametry życiowe były stabilne (RR 122/86 mmHg, HR 98/min, SpO<sub>2</sub> 98%, temperatura ciała 36,5 °C). Kontakt z pacjentką był znacznie ograniczony z powodu nasilonych objawów psychiatrycznych w przebiegu schizofrenii, co uniemożliwiło przeprowadzenie pełnego wywiadu oraz kompletnego badania fizykalnego. Pobrano krew do badań laboratoryjnych. Po uspokojeniu pacjentki kontynuowano badanie, stwierdzając częściowo dodatnie objawy otrzewnowe (Blumberg, Rovsing, Plennies). W przezpochwowym USG uwidoczono znaczną ilość wolnego płynu w miednicy mniejszej oraz zmianę torbielowatą (5 cm) w okolicy prawych przydatków. Badanie przerwano z powodu gwałtownej zmiany nastroju pacjentki. Postawiono wstępne rozpoznanie - torbiel krwotoczna prawego jajnika. Wynik  $\beta$ -hCG był dodatni (>9000 IU/l). W celu umożliwienia pełnej diagnostyki podano diazepam (i.v, 10mg/kg mc.). Ponowne USG potwierdziło obecność ciąży pozamacicznej w prawych przydatkach z widocznymi elementami płodu. W trybie pilnym, w ciągu godziny od postawienia rozpoznania, przeprowadzono laparoskopowe usunięcie ciąży pozamacicznej z toaletą jamy brzusznej i miednicy mniejszej. Śródoperacyjnie ewakuowano około 1l krwi w postaci skrzepów i płynu. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Trzeciego dnia pacjentkę w stanie ogólnym dobrym przekazano do leczenia psychiatrycznego.

**Wnioski:** Diagnostyka krwotoku do miednicy mniejszej w przebiegu ciąży pozamacicznej jest utrudniona u pacjentek z chorobami współistniejącymi, szczególnie psychiatrycznymi. Wczesne rozpoznanie, pogłębienie diagnostyki w przypadku wątpliwości oraz szybka interwencja chirurgiczna mają kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentki. Indywidualne podejście jest niezbędne w leczeniu stanów nagłych.