

KOOM

Konferencja Ogólnopolska w Medycynie

Książka abstraktów

PIERWSZEJ EDYCJI KONFERENCJI OGÓLNOPOLSKIEJ
W MEDYCYNIE

Opole, 16.06.2023 r.



UNIWERSYTET OPOLSKI

OPOLE 2023

Książka abstraktów

**PIERWSZEJ EDYCJI KONFERENCJI OGÓLNOPOLSKIEJ
W MEDYCYNIE**

KOOM

Konferencja Ogólnopolska w Medycynie

Książka abstraktów

PIERWSZEJ EDYCJI KONFERENCJI OGÓLNOPOLSKIEJ
W MEDYCYNIE

Opole, 16.06.2023 r.



UNIwersytet OPOLSKI

OPOLE 2023



Książka abstraktów pierwszej edycji Konferencji Ogólnopolskiej w Medycynie

KOMITET ORGANIZACYJNY

Bartłomiej Lepczyński – przewodniczący
Weronika Woicka – wiceprzewodnicząca
Oliwia Wodzińska
Aleksandra Kułakowska
Kajetan Krzak
Samanta Ostrowska
Aleksander Dittmann
Jakub Michalak
Mirjam Pierzyna
Sebastian Lechowski

KOMITET NAUKOWY SESJI I:

dr hab. n. med. Jacek Józwiak, prof. UO – przewodniczący
dr n. hum. Urszula Michalik-Marcinkowska
mgr Dominik Adamek
mgr Karolina Tomiczek-Kudła
lek. Agnieszka Kluczna

KOMITET NAUKOWY SESJI II:

dr hab. n. med. Zenon Brzoza, prof. UO – przewodniczący
dr hab. n. med. Tomasz Porażko, prof. UO
dr hab. n. med. Beata Łabuz-Roszak, prof. UO
dr hab. n. med. Agata Bronisz, prof. UO
dr n. med. Piotr Feusette
dr n. med. Liwia Starczewska-Dymek

KOMITET NAUKOWY SESJI III:

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Oszkinis – przewodniczący
prof. dr hab. n. med. Michał O. Zembala
dr hab. n. med. Dariusz Łątka, prof. UO
dr hab. n. med. Marek Cisowski, prof. UO
dr n. med. Tomasz Sachański
dr n. med. Grzegorz Głąb

AMBASADORZY

prof. dr hab. n. med. Michał O. Zembala
lek. Łukasz Durajski

KOMITET REDAKCYJNY

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Oszkinis
dr hab. n. med. Jacek Józwiak, prof. UO
dr hab. n. med. Zenon Brzoza, prof. UO



SPIS TREŚCI

Sesja I. Psychologiczna, czyli współczesne problemy medycyny

Agnieszka SIEDLAK, Bartłomiej LEPCZYŃSKI, Aleksandra KUŁAKOWSKA – Wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia seksualnego	11
Michał WADOŃ – Występowanie objawów klinicznych depresji u pacjentów chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit wynikające z obecności przewlekłego stanu zapalnego na obwodzie jako przykład wspólnej ścieżki etiopatogenezy	12
Aleksandra KUŁAKOWSKA, Bartłomiej LEPCZYŃSKI, Agnieszka SIEDLAK – Baristyka wyzwaniem dla współczesnej medycyny pracy	13
Michał KWAŚNIAK, Julia KWAŚNIAK – Naruszenie przestrzeni osobistej w transporcie publicznym	14
Natalia JAHN, Weronika WOICKA, Stefania WŁOCZKA, Mariola PĘCZAR, Ksenia KWAŚNIAK, Dalia Khawla – Ocena narażenia seniorów z województwa opolskiego na wystąpienie depresji	15
Julia KWAŚNIAK, Maja GÓRNIAK, Dorota BEJGA – Postawa i wiedza społeczeństwa o padaczce	16
Sandra WCISŁO, Anna SALOMON – Zaburzenia formy i toku myślenia u pacjenta ze schizofrenią przyczyną późnego rozpoznania choroby nowotworowej	17
Aneta KOTLAREK, Katarzyna KLIMASZEWSKA – Otępienie z ciałami Lewy'ego jako przyczyna lekooporności depresji	18

Sesja II. Interna, królowa medycyny

Dorota SZYDŁOWSKA, Aleksandra KUŁAKOWSKA – Rzadka przyczyna przewlekłej pokrzywki – Schnitzler Syndrome	21
Daria LIZUREJ, Agata FURMANIAK – Ostre zapalenie trzustki jako powikłanie zakażenia wirusem Epsteina-Barr u 18-letniego chłopca	22
Sebastian LECHOWSKI, Patryk BOŃCZYK, Alicja SIERAKOWSKA – Krytyczna hiperglikemia u pacjenta z zespołem hiperglikemiczno-hiperosmolarnym jako manifestacja świeżo zdiagnozowanej cukrzycy typu II z współistniejącą chorobą COVID-19 i ostrym uszkodzeniem nerek – opis przypadku i przegląd literatury	23

Zuzanna CZUDY, Zuzanna WARDEGA – Wyjątkowe leczenie u wyjątkowego pacjenta – przypadek 46-letniego pacjenta z chłoniakiem DLBCL prącia	24
Łukasz MARCZYK, Bartłomiej CYTLAU, Aleksandra ŁACH – Możliwości leczenia biologicznego na przykładzie pacjentki z eozynofilową ziarniniakowością z zapaleniem naczyń	25
Aleksandra WOSKOWSKA, Bartłomiej LEPczyński – Krwioplucie będące wynikiem przetoki aortalno-oskrzelowej u pacjentki po zabiegu CABG, u której podejrzewano nowotwór płuca	26
Marek MISIAK, Michalina DWORAK, Łukasz NOWOTKA, Agnieszka KOLASIŃSKA-ĆWIKŁA – Rakowiakowa choroba serca – dylematy diagnostyczne i terapeutyczne	27
Agnieszka WALCZAK, Marcin PELC – Bezobjawowa atriopatia i zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego w przebiegu migotania przedsionków – przypadkowe znalezisko programu 40+	28
Nina URANTÓWKA, Joanna DURAJ, Nikodem GÓRSKI – Ciężka postać niedokrwistości aplastycznej w przebiegu standardowego leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego – opis przypadku	29
Alicja SKOCZYŁAS – Zakrzepowa plamica małopłytkowa w Oddziale Nefrologii, czyli spotkanie nefrologa z hematologiem	30
Jagoda ADAMARCZUK, Nikodem MICHAŁSKI, Aleksandra WĘGLARZ – Pierwotnie płucna postać chłoniaka Hodgkina powikłana promieniłą – przypadek koincydencji wyjątkowo rzadkich chorób	31
Karolina FIGIEL, Dominika KOWALCZYK, Jakub KWIATKOWSKI, Magdalena ZAWADZKA – Na tropie przyczyny omdlenia	32
Magdalena ZAWADZKA, Karolina FIGIEL, Jakub KWIATKOWSKI, Dominika KOWALCZYK – O przypadku, w którym diagnostyka w kierunku choroby kociego pazura umożliwiła rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej	33
Rafał RAJSKI – Ultrasonografia płuc w diagnostyce i monitorowaniu zatorowości płucnej	34
Daniel GONDKO, Maria STEC, Jakub ROMAN, Dominika DZIADOSZ, Agata SULEJA, Wiktoria KUCZMIK – Skala HCM-AF Risk Score: Nowe podejście do oceny ryzyka powikłań sercowych u pacjentów z kardiomiopatią przerostową.	35
Jakub ROMAN, Daniel GONDKO, Dominika DZIADOSZ, Wiktoria KUCZMIK, Maria STEC, Agata SULEJA – Skala CHA2DS2-VASc – nowy prognostyk u pacjentów ze STEMI?	37

Sesja III. Chirurgia niejedno ma imię

Martyna MAZIARSKA – Rzadka przyczyna bólu brzucha – przypadek skrętu jajnika	41
Sebastian LECHOWSKI – Mięśniakowatość wewnątrznaczyniowa z przedłużeniami wewnątrzsercowymi jako trudny problem diagnostyczny i chirurgiczny	42

Justyna KOWALCZEWSKA, Szymon RZEPczyk – Korzystaj z głową – ciężkie obrażenia czaszkowo-mózgowe powstałe na skutek wypadku z udziałem hulajnogi elektrycznej	43
Martyna OLEJNIK, Aleksandra LEWANDOWSKA – Błędna kwalifikacja do radioterapii w <i>spondylodiscitis</i>	44
Weronika SZKUDLAREK – Hipoplazja łuku aorty wraz z koarktacją aorty i dużym tętniakiem tętnicy podobojczykowej lewej u 12-letniej pacjentki z zespołem Turnera	45
Michał CHYLEWSKI, Agnieszka SZEMA, lek. Bartłomiej SAGAN – Spastyczna paraplegia dziedziczna – nowatorskie zastosowanie zabiegu rizotomii w leczeniu objawów ultraradkiej choroby	46
Antoni MORISSON, Aleksander MATEJA – Nietypowe przerzuty do rdzenia kręgowego: sprawozdanie z przypadku, błędy w rozpoznaniu histopatologicznym i przegląd epidemiologii	47
Emilia TOMAŚKO, Anastazja WINIARSKA – Wewnątrzczaszkowa oponowa przetoka tętniczo-żylna jako przyczyna szyjnej mielopatii zastoinowej (zespół Foix-Alajuanine)	48
Nikola WARZECHA, Anna LYP – Pacjent z zespołem Noonan i guzem tylnej jamy czaszki oraz wodogłowiem obturacyjnym	49
Aleksandra MALICKA, Maria WERNER – Trudności techniczne w stabilizacjach stawów krzyżowo-biodrowych – technika operacyjna	50
Maria WERNER, Aleksandra MALICKA – Resekcja czaszko gardłaka przedskrzyżowaniowego drogą kraniotomii nadoczodołowej typu <i>keyhole approach</i>	51
Jakub OSZAJCA, Weronika KUBAS – Powikłania stabilizacji kręgosłupa na cemente u pacjenta z osteoporotycznym złamaniem kręgosłupa	52
Gracjan SITAREK, Marta ŻEREK – Detektywistyka urologiczna – przypadek pacjentki z RCC oraz tajemniczym IgG4-zależnym pseudoguzem śledziony	53
Weronika SOPRYCH – Embolizacja tętnicy biodrowej wewnętrznej jako małoinwazyjna metoda zatamowania krwotoku u 22-letniego pacjenta po wypadku komunikacyjnym	54
Urszula Tokarczyk, Anita Froń – Zaopatrzenie przetoki oskrzelowo-opłucnowej przy użyciu kleju tkankowego – prezentacja przypadku	55
Rafał RAJSKI, dr n. med. Kajetan ŁĄTKA, dr n. med. Waldemar KOŁODZIEJ, dr n. med. Jacek CHOWANIEC, inż. Dawid PAWUŚ, dr hab. n. med. Dariusz ŁĄTKA, prof. UO – Ambulatoryjna spondylo-neurochirurgia – gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy?	56
Jakub STAŚ, Aleksandra PENDER, Kinga BRAWAŃSKA, Karol ZAGÓRSKI, Antoni KROTLIŃSKI, Mikołaj ROSZKOWSKI, Daniel Grzegorz SOLIŃSKI – Nietrzeźwy, nieprzytomny, nieubezpieczony – problem alkoholu u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego	57

Sesja I

Psychologiczna, czyli współczesne problemy medycyny

Wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia seksualnego

AGNIESZKA SIEDLAK, BARTŁOMIEJ LEPCZYŃSKI,
ALEKSANDRA KUŁAKOWSKA

Opiekun: dr n. hum. Urszula Michalik-Marcinkowska

SKN Współczesnych Problemów Medycyny, Zakład Medycyny Rodzinnej
i Zdrowia Publicznego, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą zapalną chorobą skóry, która cechuje się przebiegiem o charakterze nawrotowym. Do jej objawów należą widoczne zmiany skórne, którym towarzyszy świąd, pieczenie oraz ból. Choroba najczęściej występuje w okresie dziecięcym, jednak szacuje się, że występuje również u około 1–3% osób dorosłych. W związku z bezpośrednim wpływem choroby na wygląd pacjentów oddziałuje ona w dużym stopniu na kondycję emocjonalną i seksualność pacjentów.

Cel badania: Celem badania było określenie, czy obecność zmian skórnych wraz z towarzyszącymi im objawami wpływa na postrzeganie własnej atrakcyjności oraz jakość życia seksualnego u pacjentów chorujących na AZS.

Metodyka: Przeprowadzono internetowe badanie ankietowe wśród pacjentów chorujących na AZS. Z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety przebadano 158 osób, w tym 102 (65%) stanowiły kobiety, a 56 (35%) – mężczyźni.

Wyniki: Najwięcej badanych, bo aż 63%, choruje na AZS dłużej niż 10 lat. W przypadku aż 90% chorych stresujące wydarzenia życiowe zaostrzają objawy choroby. Kobiety oceniły wpływ choroby na jakość życia seksualnego na poziomie 5,37 pkt, z kolei mężczyźni na 6,41 pkt w skali 1–10. Jednocześnie ich poziom satysfakcji ze współżycia seksualnego wyniósł 6,20 pkt w skali 1–10. Swoją atrakcyjność seksualną badani ocenili na poziomie 5,96 w 10-punktowej skali.

Wnioski: Zmiany skórne występujące w przebiegu AZS wpływają negatywnie na postrzeganie własnej atrakcyjności i seksualności przez pacjentów. Zaobserwowano obniżony poziom jakości życia seksualnego w porównaniu do osób zdrowych.

Słowa kluczowe: AZS, atrakcyjność, jakość życia seksualnego, seksualność

Występowanie objawów klinicznych depresji u pacjentów chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit wynikające z obecności przewlekłego stanu zapalnego na obwodzie jako przykład wspólnej ścieżki etiopatogenezy

MICHAŁ WADOŃ

Opiekun: dr hab. n. med. Krzysztof Krysta

SKN przy Klinice Rehabilitacji Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii i Psychoterapii,
Śląski Uniwersytet Medyczny

Wstęp: Choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego należą do chorób, którym towarzyszy przewlekły stan zapalny (NChZJ). Hipoteza zapalna depresji zakłada, że obecność stanu zapalnego na obwodzie stanowi jedno z ogniw patogenezy depresji.

Cel: Celem pracy było opisanie pojawienia się objawów klinicznych depresji u pacjentów chorujących na NChZJ, wynikającego z występowania u nich przewlekłego stanu zapalnego na obwodzie.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 50 dorosłych pacjentów hospitalizowanych od grudnia 2022 do marca 2023 roku na Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii UCK w Katowicach. Podczas badania posłużono się skalą depresji Becka oraz wartościami wskaźników stanu zapalnego pacjentów, tj. stężenia białka C-reaktywnego w surowicy i poziomu leukocytów w morfologii krwi.

Wyniki: Podczas analizy wyników nie wykazano korelacji pomiędzy liczbą punktów w skali depresji Becka a stężeniem CRP lub poziomem leukocytów jako pojedynczymi wskaźnikami stanu zapalnego ($p > 0,05$). Wykazano natomiast silną korelację pomiędzy liczbą punktów w skali depresji Becka a stanem zapalnym ($p = 0,004$ dla wszystkich pacjentów chorujących na NChZJ, $p = 0,01$ dla WZJG i $p = 0,04$ dla ChLC), szczególnie wśród pacjentów, którzy otrzymali ≤ 11 punktów przy braku stanu zapalnego.

Wnioski: Występowanie lub brak przewlekłego stanu zapalnego na obwodzie decyduje o dalszym rozwoju depresji. Obecność stanu zapalnego predysponuje do pojawienia się objawów psychiatrycznych. Z kolei brak stanu zapalnego jako istotnego ogniw warunkuje ograniczenie objawów depresji u pacjentów chorujących na NChZJ. Stan zapalny jako czynnik sprzyjający depresji jest istotniejszy w przypadku pacjentów chorujących na WZJG w stosunku do ChLC. Ze względu na obecność przewlekłego stanu zapalnego u pacjentów chorujących na NChZJ oraz wspólną etiopatogenezę NChZJ i depresji należy zwrócić szczególną uwagę na wdrożenie diagnostyki i opiekę psychiatryczną tychże pacjentów.

Słowa kluczowe: depresja, NChZJ, ChLC, WZJG, stan zapalny

Baristyka wyzwaniem dla współczesnej medycyny pracy

ALEKSANDRA KUŁAKOWSKA, BARTŁOMIEJ LEP CZYŃSKI,
AGNIESZKA SIEDLAK

Opiekun: dr n. hum. Urszula Michalik-Marcinkowska

SKN Współczesnych Problemów Medycyny, Zakład Medycyny Rodzinnej
i Zdrowia Publicznego, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Parzenie kawy to bardzo pożądana w dzisiejszych czasach umiejętność, w związku z czym powstał zawód baristy. Dopiero rozwijający się zawód niesie za sobą wiele powikłań zdrowotnych. Jest to praca fizyczna, która wymaga stania przez kilka godzin dziennie za barem. Dodatkowe zagrożenia, takie jak praca z wrzącą wodą czy różnymi alergenami, sprawiają, że zagadnienie zdrowia baristów jest pogłębiane o występujące w tej grupie zawodowej problemy alergologiczne, gastryczne, kardiologiczne, a także neurologiczne.

Cel badania: Ocena wpływu pracy w zawodzie baristy na stan zdrowia.

Metodyka: Przeprowadzono badanie autorską ankietą skonstruowaną na potrzeby badania przez autorów pracy. Ankieta jest zbudowana z 29 pytań. W pracy wykorzystano literaturę krajową i zagraniczną. W opisie statystycznym wykorzystano rozkład procentowy uzyskanych danych.

Wyniki: W przeprowadzonym badaniu ankietowym wzięło udział 309 ankietowanych. U większości badanych pracowników wykazano problemy zdrowotne, z jakimi borykają się od czasu zatrudnienia. Najwięcej badanych to bariści, którzy są w zawodzie od 1 roku do 3 lat. Połowa ankietowanych nie widzi związku swoich problemów zdrowotnych z pracą. Ankietowani najczęściej zaznaczali, że mają problemy z bólami pleców (50%), ramienia, szyi (75%) lub nóg (50%). Znaczna większość ma przynajmniej jedno z wymienionych objawów: problemy ze zmianami skórnymi na dłoniach (65%), mrowienia i drżenia rąk (37%), kołatanie serca (23%), problemy gastryczne (24%). Bezsensowność wymienia 32% ankietowanych.

Wnioski: Praca baristy ma niekorzystny wpływ na zdrowie, co powoduje coraz częstsze wizyty u lekarza rodzinnego osób wykonujących ten zawód.

Słowa kluczowe: barista, ergonomia, kawa, zdrowie pracownika

Naruszenie przestrzeni osobistej w transporcie publicznym

MICHAŁ KWAŚNIAK, JULIA KWAŚNIAK

Opiekun: dr n. hum. Urszula Michalik-Marcinkowska

SKN Współczesnych Problemów Medycyny, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Opolski

Wstęp: Niniejsza praca jest poświęcona analizie badań własnych w formie ankietowania skupiającego się na problemie naruszenia przestrzeni osobistej w transporcie publicznym. Definicja przestrzeni osobistej odnosi się do fizycznego obszaru wokół jednostki, który uważa ona za swój własny. Strefa ta odzwierciedla potrzeby i preferencje dotyczące dystansu i interakcji z innymi ludźmi. Ważne jest zrozumienie, że może się ona różnić w zależności od kultury i kontekstu społecznego.

Cele: Określenie skali zjawiska naruszenia przestrzeni prywatnej w publicznych środkach transportu oraz identyfikacja związanych z nim obszarów, które wymagają naprawy.

Materiały i metody: Przeprowadzono sondaż internetowy, którego zadaniem było zbadanie korelacji pomiędzy wiekiem, płcią i wielkością miejsca zamieszkania a formą i częstotliwością korzystania z transportu zbiorowego, a także częstotliwości doświadczania z tego powodu naruszenia przestrzeni osobistej. Odpowiedzi udzieliło 172 respondentów w wieku od 16 do 82 lat, 75% spośród nich to kobiety, a 25% mężczyźni.

Wyniki: 75% ankietowanych odczuło dyskomfort podczas korzystania z transportu zbiorowego. Spośród ankietowanych niemal połowa (49,4%) odczuwa dyskomfort na myśl o takim sposobie podróży. Świadkiem agresji słownej było większość (76,7%) respondentów. Niechcianego kontaktu fizycznego doświadczyło 86% osób biorących udział w ankiecie.

Wnioski: Problem naruszenia strefy osobistej w publicznych środkach transportu dotyczy szczególnie dużych miast, gdzie komunikacja miejska jest dobrze rozwinięta i często wybierana przez mieszkańców jako środek lokomocji. Obecność osób nietrzeźwych w transporcie publicznym jest zjawiskiem powszechnym.

Słowa kluczowe: przestrzeń osobista, transport publiczny, dyskomfort, kontakt fizyczny

Ocena narażenia seniorów z województwa opolskiego na wystąpienie depresji

NATALIA JAHN, WERONIKA WOICKA, STEFANIA WŁOCZKA,
MARIOLA PEŃCZAR, KSENIA KWAŚNIAK, DALIA KHAWLA

Opiekun: dr n. hum. Urszula Michalik-Marcinkowska

SKN Współczesnych Problemów Medycyny, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Opolski

Wstęp: Depresja stanowi jedno z największych zagrożeń dla zdrowia, nie tylko psychicznego, w populacji osób starszych. Starzenie się organizmu, wielochorobowość, osamotnienie oraz perspektywa zbliżającej się śmierci są czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania seniorów na depresję. Ocena zaburzeń depresyjnych pozwala zapobiegać ich wystąpieniu oraz zwiększyć jakość życia osób starszych.

Cel badań: Ocena ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych w grupie seniorów zamieszkujących teren województwa opolskiego.

Materiał i metoda: Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza oceny zagrożenia depresją Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Ponadto użyto autorskich pytań dotyczących cech socjodemograficznych oraz charakterystyki zdrowotnej badanej grupy seniorów. Badanie rozpoczęto w końcowym okresie piątej fali pandemii COVID-19 oraz po rozpoczęciu wojny w Ukrainie.

W doborze grupy badanej zastosowano metodę celowo-losową. W badaniu udział wzięło 208 osób w wieku 60–93 lat. W zdecydowanej przewadze były to kobiety (80%), legitymujące się średnim wykształceniem i nie pozostające w związku uczuciowym.

Wyniki: Z przeprowadzonego badania wynika, że seniorzy są zagrożeni wystąpieniem zaburzeń depresyjnych w stopniu umiarkowanym, niezależnie od płci czy miejsca zamieszkania. Najwyższe wyniki zagrożenia depresją uzyskano w subskalach: smutku, zmęczenia oraz snu. Mimo okoliczności społeczno-epidemiologicznych badania, nie odnotowano zwiększonej liczby punktów odnoszących się do zachowań suicydalnych.

Wnioski: Uzyskane rezultaty wskazują, że nie należy bagatelizować zmian nastroju i zakłóceń funkcji poznawczych wśród seniorów. Istnieje potrzeba kompleksowego podejścia do zdrowia seniorów, zwłaszcza w praktyce lekarza rodzinnego.

Słowa kluczowe: depresja, seniorzy, nastrój, funkcje poznawcze

Postawa i wiedza społeczeństwa o padaczce

JULIA KWAŚNIAK, MAJA GÓRNIAK, DOROTA BEJGA

Opiekun: dr hab. n. med. Beata Łabuz-Roszak, prof. UO

SKN Neuron, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Padaczka to poważne schorzenie mózgu, istotnie wpływające na życie chorych. Z ich perspektywy niezwykle ważne jest, aby byli rozumiani przez społeczeństwo.

Cele: Zbadanie poziomu wiedzy o epilepsji, postawy wobec tej choroby, a także poznanie korelacji tych aspektów z płcią, wiekiem, wykształceniem i miejscem zamieszkania.

Materiały i metody: Przeprowadzono ankietę pośród wielu respondentów na terenie całej Polski, a wyniki poddano analizie statystycznej. Ankieta zawierała 18 pytań. Wzięto pod uwagę 1023 ankietowanych. Ponadto posłużono się artykułami naukowymi dostępnymi w PubMed.

Wyniki: Najwięcej respondentów było z województwa śląskiego (17,6%) i byli oni w wieku do 25 lat (53,5%). Większość odpowiadających to kobiety (78,7%). Połowa ankietowanych posiadała wykształcenie podstawowe, zawodowe lub średnie (50%). Głównie zamieszkiwali oni miasta od 100 000 do 50 000 mieszkańców (29,8%) oraz pracowali w branży medycznej/okołomedycznej (55,4%); 91 osób odpowiedziało przecząco na pytanie, czy pomogliby osobie podczas napadu padaczkowego, najczęstszą przyczyną tego wskazania był brak wiedzy (87,9%); niemal połowa respondentów była kiedyś świadkiem napadu padaczkowego (48,4%); 10,94% uważa epilepsję za chorobę psychiczną; mniej niż 1% (0,87%) uważa padaczkę za chorobę zakaźną; 5,38% respondentów jest zdania, że dzieci chorujące na padaczkę powinny uczęszczać do szkół specjalnych; ponad połowa (52,3%) uważa, że osoby cierpiące na epilepsję nie mogą prowadzić samochodu; 3,7% odpowiadających sądzi, że chorzy z padaczką są niebezpieczni. Pośród czynników powodujących napad padaczkowy najczęściej wskazane zostały światła dyskotekowe (62,8%), a jako drugi w kolejności czynnik – alkohol (73,4%). Większość (78%) ankietowanych uważa, że umieszczenie przedmiotu między zębami podczas napadu padaczkowego to właściwe działanie; 89,54% jest zdania, że drgawki nie są jedynym objawem epilepsji; 24,54% wskazuje, że padaczka to choroba śmiertelna; według 4,6% respondentów osoby chorujące na padaczkę są niesamodzielne.

Wnioski: Społeczeństwo wymaga szerokiej edukacji na temat epilepsji.

Słowa kluczowe: padaczka, napad padaczkowy, epilepsja, drgawki

Zaburzenia formy i toku myślenia u pacjenta ze schizofrenią przyczyną późnego rozpoznania choroby nowotworowej

SANDRA WCISŁO, ANNA SALOMON

Opiekun: lek. Agnieszka Kluczna

SKN Opieki Paliatywnej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Mięśaki to nowotwory złośliwe wywodzące się z tkanki mezenchymalnej. Stanowią 1% wszystkich nowotworów. Lokalizują się najczęściej w kończynach górnych i dolnych (50%), tułowiu i jamie brzusznej (40%), powodując niespecyficzne objawy opóźniające diagnozę. Współwystępowanie choroby psychicznej często wiąże się z zaburzeniami samoobserwacji i introspekcji, co może skutkować rozpoznaniem choroby na etapie uniemożliwiającym leczenie przyczynowe.

Opis przypadku: 52-letni pacjent ze schizofrenią paranoidalną leczoną od 3 lat olanzapiną i lurazydonem został przyjęty na oddział nefrologii z powodu masywnych obrzęków tułowia, kończyn, krocza, anemii, hipokalcemii i hipoalbuminemii. Rozpoznano wtórny zespół nerczycowy, *hydrothorax*, nadciśnienie tętnicze i infekcję układu moczowego, a w badaniach obrazowych uwidoczniło guza nadnercza prawego naciekającego odcinek piersiowy kręgosłupa i żyłę wrotną. W rozpoznaniu histopatologicznym obraz niejednoznaczny – najprawdopodobniej MPSNT (*Malignant peripheral nerve sheath tumor*) lub *dedifferentiated liposarcoma*. Z powodu nieresekcyjności guza i stanu pacjenta (ECOG 3) nie został on zakwalifikowany do leczenia przyczynowego.

Wnioski: Współwystępowanie choroby psychicznej i związanej z nią farmakoterapii oraz objawów choroby nowotworowej stanowi wyzwanie zarówno dla personelu medycznego, jak i dla opiekunów pacjenta ze względu na trudności w interpretacji dolegliwości pacjenta oraz zaspokojeniu jego potrzeb.

Słowa kluczowe: schizofrenia, choroba nowotworowa, MPSNT, leczenie przyczynowe

Otępienie z ciałami Lewy'ego jako przyczyna lekooporności depresji

ANETA KOTLAREK, KATARZYNA KLIMASZEWSKA

Opiekun: Aleksandra Gorostowicz

SKN Naukowe Psychiatrii Dorosłych, Collegium Medicum,

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp: U około 1/3 pacjentów z nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi stwierdza się lekooporność, czyli brak remisji objawów po zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia przeciwdepresyjnego. Jedną z przyczyn lekooporności depresji może być współwystępowanie niezdiagnozowanego schorzenia manifestującego się objawami depresyjnymi.

Opis przypadku: 56-letni mężczyzna leczony psychiatrycznie od kilku lat z powodu depresji nawracającej został przyjęty do szpitala z powodu lekoopornego epizodu ciężkiej depresji. Przy przyjęciu zgłaszał występowanie myśli samobójczych, głębokie obniżenie nastroju, anhedonię, obniżony poziom aktywności, odwrócenie rytmu dobowego z bezsennością, zachowania autoagresywne, zawroty głowy, ból pleców. W roku poprzedzającym hospitalizację występowały u niego symetryczne drżenia kończyn górnych, upadki, zaburzenia równowagi, omamy wzrokowe oraz krótkotrwałe zaburzenia uwagi i świadomości. Wypowiadał treści odpowiadające urojeniom zazdrości, był agresywny w stosunku do domowników.

W trakcie hospitalizacji kilkakrotnie modyfikowano stosowaną farmakoterapię, początkowo bez znaczącej poprawy stanu psychicznego pacjenta. Wykonano diagnostykę neuropsychologiczną, rezonans magnetyczny głowy oraz konsultację neurologiczną. Całość obrazu klinicznego wskazywała na występowanie u pacjenta atypowego parkinsonizmu, w pierwszej kolejności otępienia z ciałami Lewy'ego. Po wprowadzeniu leczenia lewodopą z benserazydem uzyskano poprawę stanu neurologicznego i psychicznego pacjenta.

Wnioski: Zaburzenia depresyjne stanowią jeden z objawów wspomagających rozpoznanie otępienia z ciałami Lewy'ego. W przypadku pacjentów z lekooporną depresją oraz współwystępującymi objawami somatycznymi istotne jest zweryfikowanie diagnozy i kompleksowe podejście terapeutyczne.

Słowa kluczowe: ciała Lewy'ego, lekooporność, atypowy parkinsonizm, depresja

Sesja II

Interna, królowa medycyny

Rzadka przyczyna przewlekłej pokrzywki – Schnitzler Syndrome

DOROTA SZYDŁOWSKA, ALEKSANDRA KUŁAKOWSKA

Opiekun: dr hab. n. med. Zenon Brzoza, prof UO; dr n. med. Łukasz Moos

SKN Alergos, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Przewlekła pokrzywka spontaniczna (ang. *Chronic Spontaneous Urticaria* – CSU) charakteryzuje się występowaniem swędzących bąbli na skórze, którym może towarzyszyć obrzęk naczynioruchowy. Jednym z zespołów w diagnostyce różnicowej jest zespół Schnitzler – pokrzywka przewlekła z gammapatią monoklonalną. Patogeneza choroby pozostaje niejasna. Opisano 150 przypadków tego zespołu, głównie w Europie.

Opis przypadku: 64-letni mężczyzna został przyjęty w trybie pilnym na oddział alergologii z nasileniem objawów utrzymującej się już ponad rok pokrzywki. Do momentu zgłoszenia był leczony lekami antyhistaminowymi w poczwórnej dawce, montelukastem oraz wstawkami sterydoterapii systemowej. Niestety, każda redukcja sterydoterapii wiązała się z nawrotem dolegliwości, które uniemożliwiały mu codzienne funkcjonowanie. W badaniach laboratoryjnych wykazano leukocytozę z neutrofilią, CRP 15 mg/l, IL-6 30 pg/ml, podwyższone stężenie IgM (3,08g/l), a w proteinogramie sugestię białka monoklonalnego, potwierdzoną immunofiksacją. Diagnostykę poszerzono o biopsję skóry. Stwierdzono w niej neutrofilowe pokrzywkowe zapalenie naczyń. Pacjent został skierowany w trybie pilnym do poradni immunologii klinicznej w celu weryfikacji wyników i kwalifikacji do leczenia biologicznego.

Wnioski: W każdym przypadku przewlekłej pokrzywki, szczególnie słabo reagującej na standardowe leczenie, wymagana jest wnikliwa diagnostyka różnicowa. Pozwala ona nie pominąć rzadkich schorzeń, których stwierdzenie daje szansę na wdrożenie skutecznego postępowania terapeutycznego.

Słowa kluczowe: pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, zespół Schnitzlera, pokrzywkowe zapalenie naczyń

Ostre zapalenie trzustki jako powikłanie zakażenia wirusem Epsteina–Barr u 18-letniego chłopca

DARIA LIZUREJ, AGATA FURMANIAK

Opiekun: lek. Anna Derda-Kawka

SKN Epidemiologii Chorób Zakaźnych CMUZ, Uniwersytet Zielonogórski

Wstęp: Ostre zapalenie trzustki to ostry stan zapalny związany z przedwczesną aktywnością proenzymów trzustkowych i różnego stopnia uszkodzeniem sąsiadujących tkanek, niekiedy też odległych narządów. Do objawów należą ból brzucha, nudności, wymioty czy gorączka. Najczęstszą przyczyną są choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych oraz alkohol. Tylko kilka przypadków jest związanych z infekcjami wirusowymi, a najczęstszymi patogenami są wirusy odpowiedzialne za świnkę i grypę. Ostre zapalenie trzustki związane z wirusem Epsteina–Barr, wywołującym mononukleozę zakaźną, jest bardzo rzadkim schorzeniem.

Opis przypadku: 18-letni pacjent został przyjęty na Oddział Chorób Wewnętrznych z powodu ostrego zapalenia trzustki. Pacjent podał, że bóle brzucha występowały od 6 miesięcy, ale był pod opieką lekarza rodzinnego, który zlecił leczenie w kierunku H. Pylori. Mimo to pacjent wciąż zgłaszał nudności, odbijania i słaby apetyt. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych zlecono obszerną diagnostykę. W badaniach laboratoryjnych wykazano dodatnie przeciwciała w klasie IgG i IgM w kierunku wirusa EBV. Przyczyną dolegliwości była prawdopodobnie infekcja EBV.

Wnioski: Opisany przypadek 18-letniego chłopca pokazuje, że do znanych powikłań zakażenia wirusem EBV powinniśmy także dodać ostre zapalenie trzustki. Pacjenci z zapaleniem trzustki powinni być zawsze poddani ocenie serologicznej EBV, nawet w przypadku braku typowych klinicznych cech mononukleozy zakaźnej. Aby zapobiec dalszym powikłaniom, należy wdrożyć umiejętną diagnostykę różnicową oraz szybkie prawidłowe leczenie.

Słowa kluczowe: EBV, ostre zapalenie trzustki, mononukleozę zakaźną, ostry stan zapalny

Krytyczna hiperglikemia u pacjenta z zespołem hiperglikemiczno-hiperosmolarnym jako manifestacja świeżo zdiagnozowanej cukrzycy typu II z współistniejącą chorobą COVID-19 i ostrym uszkodzeniem nerek – opis przypadku i przegląd literatury

SEBASTIAN LECHOWSKI, PATRYK BOŃCZYK, ALICJA SIERAKOWSKA

Opiekun: dr n. med. Jacek Kleszczyński

SKN Medycyny Ratunkowej i Symulacji Medycznej

Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Opolskiego

Wstęp: Hiperglikemia zauważana zarówno podczas badań przesiewowych, jak i sytuacji nagłych, np. cukrzycowa kwasica ketonowa (DKA) czy zespół hiperglikemiczno-hiperosmolarny (HHS), jest często pierwszą manifestacją cukrzycy, skutkującą postawieniem rozpoznania. Klasyczne objawy cukrzycy często umykają pacjentom i są przez nich ignorowane, co prowadzi do jej pogłębienia oraz – finalnie – narastania DKA i HHS.

Opis przypadku: Przedstawiamy przypadek 64-letniej pacjentki z historią okresowo zaostrzającej się przewlekłej niewydolności nerek. Pacjentka nie zgłaszała żadnych objawów, jednak jej córka zauważyła pogorszenie kontaktu logicznego z pacjentką. Po głębszej ewaluacji na podstawie oceny córki ustalono utrzymującą się od miesiąca polidypsję, poliurię z istotną utratą masy ciała i z pogorszeniem w ostatnich dniach. Powodem wezwania ZRM było omdlenie, które zmartwiło córkę. W wykonanych badaniach zwróciła uwagę nieoznaczalna glikemia za pomocą glukometru. Glikemia w krwi żyłnej 2362,2mg/dl. Wyniki badań laboratoryjnych pozwoliły na rozpoznanie HHS z wtórną niewydolnością nerek, hipokaliemii oraz kwasicy metabolicznej. Ponadto u pacjentki współistniała bezobjawowa infekcja SARS-CoV-2. Wdrożono intensywne leczenie zgodne z obecnymi standardami.

Wnioski: Asymptomatyczne zakażenie SARS-CoV-2 może prowokować wystąpienie HHS. W diagnostyce oraz leczeniu hiperglikemii należy pamiętać o możliwym rozpoznaniu DKA oraz HHS. Należy rozważyć użycie ciągłej terapii nerkozastępczej w przypadku ciężkich przełomów hiperglikemicznych. Potrzeba więcej badań dotyczących wpływu infekcji SARS-CoV-2 na gospodarkę węglowodanową, metabolizm oraz indukcję innych ciężkich stanów chorobowych.

Słowa kluczowe: DKA, HHS, hiperglikemia, niewydolność nerek

Wyjątkowe leczenie u wyjątkowego pacjenta – przypadek 46-letniego pacjenta z chłoniakiem DLBCL prącia

ZUZANNA CZUDY, ZUZANNA WARDEGA

Opiekun: dr. n. med Róża Poźniak-Balicka

SKN Radioterapii Klinicznej, Uniwersytet Zielonogórski

Wstęp: Chłoniak rozlany z dużych komórek B (*Diffuse large B-cell lymphoma* – DLBCL) jest najczęstszym rodzajem chłoniaka. Choroba w większości przypadków zaczyna się jako pojedyncza zmiana, najczęściej opisywana jako „guz”. Może się ona umiejscowić w niemal każdej części ciała, a objawy odczuwane przez pacjenta będą zależały od lokalizacji chłoniaka. DLBCL w obrębie prącia jest niezwykle rzadki.

Opis przypadku: 46-letni pacjent z chłoniakiem DLBCL został przyjęty do Oddziału Radioterapii z objawami silnego bólu w pachwinach, trudnościami w poruszaniu się, powiększonymi pachwinowymi węzłami chłonnymi oraz obrzękiem moszny. W wywiadzie nieskutecznie leczony chemioterapią, a następnie immunoterapią CAR-T, która również nie poskutkowała zmniejszeniem się zmiany. Odstąpiono od chemioterapii i zalecono radioterapię w dawce 36G.

Wnioski: W przypadku opornych nowotworów o rzadkiej, trudno dostępnej lokalizacji, radioterapia wydaje się szansą na to, by poprawić jakość życia pacjenta i zmniejszyć dolegliwości spowodowane chorobą podstawową. W wyniku zastosowanego leczenia zmiana nowotworowa i okoliczne węzły chłonne uległy znacznemu zmniejszeniu oraz ustąpił obrzęk kończyn. Pomimo wdrożenia wielu różnych metod leczenia, w tym innowacyjnej immunoterapii CAR-T, tylko radioterapia wywołała pożądane ustąpienie objawów i zmniejszenie zmiany nowotworowej.

Słowa kluczowe: chłoniak, DLBCL, CAR-T, radioterapia

Możliwości leczenia biologicznego na przykładzie pacjentki z eozynofilową ziarniniakowością z zapaleniem naczyń

ŁUKASZ MARCZYK, BARTŁOMIEJ CYTLAU, ALEKSANDRA ŁACH

Opiekun: dr n. med. Barbara Lorkowska-Zawicka

SKN Farmakologii Klinicznej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp: Mepolizumab, lek wprowadzony na rynek w 2015 roku pod nazwą handlową Nucala, jest humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym klasy IgG1k, skierowanym przeciwko interleukinie 5, której działanie zwiększa aktywność i różnicowanie eozynofili. Mepolizumab stosuje się w leczeniu takich schorzeń, jak: oporna na leczenie astma eozynofilowa, przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami nosa, eozynofilowa ziarniniakowość z zapaleniem naczyń (EGPA) oraz zespół hipereozynofilowy.

Opis przypadku: Pacjentka, lat 51, z astmą oskrzelową, osteoporozą i wolem guzkowym tarczycy. Od kilkunastu lat leczona przewlekłe z powodu EGPA (dawniej: Zespół Churga i Strauss), manifestacja zatokowa. Pacjentka zakwalifikowana do funkcjonalnej endoskopowej operacji zatok w związku z bólami głowy i niedrożnością nosa. W badaniu TK całkowicie wypełnione masami śluzówkowymi zatoki szczękowe i sitowe, przyścienne zgrubienia śluzówki w zatoce klinowej. Po wykonaniu wycinków z nosa, na podstawie badania histopatologicznego nastąpiła re kwalifikacja do leczenia biologicznego – mepolizumab 300 mg s.c. raz w miesiącu w ramach jednodniowych hospitalizacji na oddziale reumatologii. Po roku w kontrolnym TK całkowita regresja zmian zapalnych w zakresie sitowia, prawej zatoki szczękowej z drożnymi kompleksami ujściowo-przewodowymi.

Wnioski: Leki biologiczne oferują niespotykane dotąd możliwości kuracji w przewlekłych zespołach zapalnych, pozwalając na uniknięcie potencjalnie okaleczających zabiegów chirurgicznych i chroniąc pacjenta przed powikłaniami związanymi z operacją.

Słowa kluczowe: mepolizumab, EGPA, astma eozynofilowa, manifestacja zatokowa, leczenie biologiczne

Krwiopłucie będące wynikiem przetoki aortalno-oskrzelowej u pacjentki po zabiegu CABG, u której podejrzewano nowotwór płuca

ALEKSANDRA WOSKOWSKA, BARTŁOMIEJ LEPCZYŃSKI

Opiekun: dr n. med. Ewa Skrzypczyńska, dr n. med. Jacek Kaperczak

SKN Bronchus, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Przetoka aortalno-oskrzelowa należy do rzadkich (stanowi ok. 1%) przyczyn krwiopłucia. Może być następstwem procesów zapalnych, nowotworowych czy też interwencji naczyniowych w obrębie klatki piersiowej.

Opis przypadku: 77-letnia kobieta, była palaczka papierosów, obciążona wielochorobowością, przyjęta do szpitala w celu diagnostyki krwiopłucia. Z wywiadu wynika, że u pacjentki wystąpiły: spadek masy ciała oraz pogorszenie tolerancji wysiłku. W badaniach laboratoryjnych odnotowano nieznaczną niedokrwistość oraz niewielkie odchylenie od normy parametru NT-proBNP. Podczas wykonywania bronchofiberoskopii nastąpiło obfite krwawienie z dróg oddechowych. W badaniu TK klatki piersiowej uwidoczniło zmiany naciekowe o niejednoznacznej etiologii oraz workowaty naddatek światła aorty. Diagnostykę pulmonologiczną przerwało wystąpienie u pacjentki COVID-19, z tego powodu została przewieziona do szpitala jednoimiennego, następnie hospitalizowano ją na oddziale neurologicznym po udarze niedokrwinnym prawej półkuli mózgu. Wznowioną diagnostykę pulmonologiczną wzbogacono o konsultacje: torakochirurgiczną oraz kardiochirurgiczną. W Klinice Kardiochirurgii wykonano rewizję śródpiersia. Po około dwóch miesiącach wystąpił nagły krwotok z jamy ustnej oraz NZK – uzyskano ROSC. Wykonano zabieg operacyjny, usunięto widoczny drut sternotomijny z górnej części mostka.

Wnioski: Przyczyną nawracających krwotoków płucnych była przetoka aortalno-oskrzelowa. Wśród przyczyn krwiopłucia należy zawsze brać pod uwagę nowotwór, niemniej nie należy wykluczać innych przyczyn, w tym schorzeń kardiochirurgicznych.

Słowa kluczowe: przetoka, krwiopłucie, nowotwór, diagnostyka pulmonologiczna

Rakowiakowa choroba serca – dylematy diagnostyczne i terapeutyczne

MAREK MISIAK, MICHALINA DWORAK, ŁUKASZ NOWOTKA,
AGNIESZKA KOLASIŃSKA-ĆWIKŁA

Opiekun: dr hab. n. med. Mariola Pęczkowska

Koło Kardiologiczne przy Instytucie Kardiologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Wstęp: Rakowiakowa choroba serca (ang. *Carcinoid Heart Disease* – CHD) rozwija się u ok. 10–40% chorych z guzem neuroendokrynnym przewodu pokarmowego (GEP-NET) (najczęściej jelita cienkiego) wydzielającym serotoninę. W rezultacie działania serotoniny na płatkach zastawek, aparacie podzastawkowym, we wśierdziu komór i w obrębie błony wewnętrznej tętnic płucnych i aorty odkładają się depozyty przypominające blaszki miażdżycowe.

Opis przypadku: 51-letnia pacjentka po usunięciu GEP-NET jelita cienkiego z licznymi przerzutami do wątroby i węzłów chłonnych. W 1,5 roku od rozpoznania pojawiły się objawy prawokomorowej niewydolności serca. Stwierdzono dużą niedomykalność trójdziałelnej i płucnej. Chorą zakwalifikowano do wszczęcia biologicznej protezy w ujście trójdziałelne i płucne. W pooperacyjnym badaniu TTE stwierdzono prawidłową funkcję wszczepionych zastawek, poprawę kurczliwości prawej komory. W obserwacji odległej wystąpił nawracający płyn w prawej jamie opłucnej, wymagający wielokrotnego odbarczenia oraz – ostatecznie – pleurodezy. Chora zmarła 11 miesięcy po operacji kardiochirurgicznej z powodu niewydolności oddechowej i progresji choroby nowotworowej.

Wnioski: Leczenie kardiochirurgiczne CHD obarczone jest zwiększonym ryzykiem z powodu czynnej choroby nowotworowej, zaawansowanej postaci CHD oraz możliwych powikłań okołoperacyjnych związanych z aktywnością hormonalną GEP-NET (objawy przełomu rakowiaka). Leczenie kardiochirurgiczne można rozważyć u chorych z objawową niewydolnością prawej komory z co najmniej 12-miesięcznym przewidywanym przeżyciem w chorobie NET. Późna śmiertelność wynika na ogół z progresji choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: CHD, GEP-NET, niewydolność serca, pleurodeza

Bezobjawowa atrioпатия i zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego w przebiegu migotania przedsionków – przypadkowe znalezisko programu 40+

AGNIESZKA WALCZAK, MARCIN PELC

Opiekun: dr n. med. Agnieszka Wojdyła-Hordyńska

SKN Cardios przy Klinice Kardiologii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Migotanie przedsionków jest najczęściej występującą tachyarytmią powodującą śmiertelność u 2–4% dorosłych. Do czynników ryzyka AF należy niewydolność serca, wiek, zawał, rasa biała, palenie, nadciśnienie, wzrost, cukrzyca, masa ciała. Przedstawiamy przypadek chorego, u którego przypadkowe rozpoznanie zaawansowanych zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego oraz śródkomorowego pozwalało rozpoznać napadowe migotanie przedsionków *de novo*.

Opis przypadku: 74-letni mężczyzna z cukrzycą typu II, chromaniem przestankowym i rozpoznaną miażdżycą tętnic kończyn dolnych, nadciśnieniem tętniczym, nadużywający alkoholu, został skierowany do Kliniki Kardiologii z powodu istotnej bradykardii w elektrokardiograficznym badaniu holterowskim w ramach programu 40+. Opisano migotanie przedsionków z blokiem całkowitym przedsionkowo-komorowym, z akcją komór poniżej 30 uderzeń/min, średni rytm 52/min, pauzy > 2,5 s, epizody częstoskurczu z szerokimi zespołami QRS. Chory zaprzeczał dławicy, objawom związanym z arytmia, bradykardią i niewydolnością. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono zachowaną funkcję skurczową lewej komory, brak istotnych wad zastawkowych, poszerzenie lewego przedsionka i prawej komory, wykluczono obecność skrzeplin w lewym przedsionku. Wykonano również badania laboratoryjne. Przeprowadzono izolację ujęć żył płucnych, uzyskując powrót miarowego rytmu zatokowego, jednak z utrzymującą się bradykardią zatokową, liczną ekstrasystolią przedsionkową, abberacją przewodzenia śródkomorowego pobudzeń dodatkowych oraz napadowym blokiem przewodzenia przedsionkowo-komorowego. Implantowano stymulator dwujamowy, zoptymalizowano leczenie diabetologiczne i wprowadzono leczenie przeciwkrzepliwe.

Wnioski: Przesiewowe badania pozwalają rozpoznać zaawansowane zaburzenia generowania i przewodzenia rytmu. Konieczne jest wprowadzanie dalszych algorytmów w celu uniknięcia nieodwracalnych konsekwencji strukturalnej przebudowy serca, profilaktyki udaru mózgu oraz prewencji chorób sercowo-naczyniowych.

Słowa kluczowe: migotanie przedsionków, cukrzyca, bradykardia, niewydolność

Ciężka postać niedokrwistości aplastycznej w przebiegu standardowego leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego – opis przypadku

NINA URANTÓWKA, JOANNA DURAJ, NIKODEM GÓRSKI

Opiekun: dr n. med. Dariusz Woszczyk

Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Niedokrwistość aplastyczna to wynik uszkodzenia komórki macierzystej oraz podścieliska szpiku, powodującego trójliniową cytopenię. Przyczyną są procesy immunologiczne, zakażenia wirusowe, leki, w tym mesalazyna, azathiopryna. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) należy do grupy nieswoistych chorób zapalnych jelit o niewyjaśnionej etiologii. Objawy: krwiste stolce, utrata wagi, niedokrwistość, owrzodzenie i perforacja jelit.

Opis przypadku: 21-letnia pacjentka od 4 lat leczona mesalazyną z powodu WZJG. W lipcu 2022 roku w zaostrzeniu choroby standardowo dodano azathioprynę. Po miesiącu leczenia wystąpiła głęboka trójukładowa cytopenia. W trepanobiopsji szpiku bardzo ciężka postać niedokrwistości aplastycznej, liczba granulocytów < 0,2 G/L. Z powodu ogólnego niedożywienia pacjentka nie kwalifikowała się do allogenicznego przeszczepienia szpiku. Stosowano terapię przeciwbakteryjną, przeciwrzybiczą, sterydy, cyklosporynę A, eltrombopag (agonista receptora trombopoetyny). Po 4 tygodniach gorączki i utrzymywania się cech aplazji doszło do perforacji i konieczności resekcji jelita grubego ze wskazań życiowych. W tygodniach pooperacyjnych uzyskano stopniową poprawę hematopoezy. Ustąpiła gorączka, zredukowano immunosupresję. W kwietniu 2023 roku wykonano operację przywrócenia pasażu jelitowego, utrzymuje się remisja WZJG i prawidłowa funkcja szpiku pomimo ponownej terapii mesalazyną (bez azathiopryny!). Wzrost wagi o 10 kg. Nadal prowadzona jest immunosupresja jako zapobieganie nawrotowi aplazji.

Wnioski: Przypadek pacjentki ilustruje trudności w leczeniu ciężkiego powikłania terapii WZJG, podkreśla celowość badań genetycznych oceniających mutacje genu TPMT (*thiopurine methyltransferase*) przed zastosowaniem azathiopryny.

Słowa kluczowe: niedokrwistość aplastyczna, WZJG, mesalazyna, perforacja jelit, TPMT

Zakrzepowa plamica małopłytkowa w Oddziale Nefrologii, czyli spotkanie nefrologa z hematologiem

ALICJA SKOCZYLAS

Opiekun: dr hab. n. med. Tomasz Porażko, prof. UO; lek. Michał Lachowski

SKN RatINef przy Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Opolski

Wstęp: Mikroangiopatie zakrzepowe to schorzenia charakteryzujące się wewnątrzczyniową aktywacją płytek i powstawaniem zakrzepów w mikrokrążeniu. Zakrzepowa plamica małopłytkowa, należąca do grupy pierwotnych mikroangiopatii zakrzepowych, jest spowodowana obecnością autooprzeciwciał przeciw metaloproteinazie ADAMTS13. Choroba ta może być przyczyną poważnych powikłań, takich jak ostre uszkodzenie nerek. U pacjentów nieleczonych śmiertelność osiąga 90%.

Opis przypadku: Ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do Oddziału Nefrologii został przekazany 23-letni mężczyzna z powodu klinicznych cech ostrego uszkodzenia nerek. W dniu poprzednim wystąpiły u niego biegunka i wymioty. Objawom tym towarzyszył ból podbrzusza i krwimocz. Postawiono rozpoznanie ostrego odmiedniczkowego zapalenia nerek i zastosowano antybiotykoterapię. Z uwagi na małopłytkowość zostały przetoczone 2 jednostki UKKP. W następnych dniach hospitalizacji w badaniach laboratoryjnych utrzymywała się trombocytopenia oraz występowały cechy hemolizy. Poglobiono diagnostykę hematologiczną. Badania ujawniły znacznie zmniejszoną aktywność metaloproteinazy ADAMTS13 i obecność jej inhibitora. Podczas konsultacji hematologicznej postawiono rozpoznanie zakrzepowej plamicy małopłytkowej. Zastosowano zabieg plazmaferezy oraz steroidoterapię. Po leczeniu stan pacjenta się poprawił, a wyniki badań laboratoryjnych uległy normalizacji.

Wnioski: Podczas różnicowania ostrego uszkodzenia nerek należy uwzględnić możliwość wystąpienia zakrzepowej plamicy małopłytkowej. Wczesne oznaczenie stężenia LDH, haptoglobiny i morfologii krwi obwodowej z rozmazem powinniśmy rozważyć u pacjentów z małopłytkowością i podejrzeniem hemolizy, co umożliwi wstępną selekcję pacjentów, którzy mogą rozwinąć mikroangiopatię zakrzepową.

Słowa kluczowe: plamica małopłytkowa, ostre uszkodzenie nerek, trombocytopenia, ADAMTS13

Pierwotnie płucna postać chłoniaka Hodgkina powikłana promieniłą – przypadek koincydencji wyjątkowo rzadkich chorób

JAGODA ADAMARCZUK, NIKODEM MICHALSKI, ALEKSANDRA WĘGLARZ

Opiekun: dr n. med. Dariusz Woszczyk

SKN Panaceum, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Typowa lokalizacja chłoniaka Hodgkina (HL) to węzły chłonne, śledziona. Wtórnie występuje naciekanie innych narządów (wątroby, płuc). Pierwotne zajęcie płuc jest dużą rzadkością. Promieniła to przewlekła choroba wywołana przez bakterie z rodzaju *Actinomyces*, będące komensalami jamy ustnej. Infekcje mają charakter endogeny, dotykają osób z zaburzeniami odporności, wyniszczeniem organizmu.

Opis przypadku: U 21-letniej pacjentki od maja 2021 roku pojawiło się odkrztuszenie skąpej wydzieliny. Stopniowo postępował także spadek wagi, ogólne osłabienie. Od sierpnia 2022 roku gorączki. W TK klatki piersiowej: w płucach rozległe jamy, zmiany naciekowe, martwicze. W bronchoskopii: liczne komórki zapalne i kolonie promieniowców. Rozpoznano promieniłą, zastosowano doksycyklinę, nie uzyskując poprawy. Nadal utrzymywała się gorączka, pogłębiała się niedokrwistość. Pobrano węzeł do badania hist.-pat., rozpoznano HL. Rozpoczęto chemioterapię ABVD, kontynuując terapię promieniicy. Już po pierwszym cyklu ABVD ustąpiła gorączka, stopniowo zmniejszały się wymiary powiększonej śledziona, wzrastała masa ciała, powróciły menstruacje. W kontrolnym PET remisja metaboliczna zmian chłoniakowych, utrzymują się zmiany o charakterze zapalnym. Aktualnie stan kliniczny pacjentki bardzo dobry, wydolność oddechowa na zadowalającym poziomie. Leczenie promieniicy zaplanowane do września 2023 roku.

Wnioski: Przedstawiony przypadek wskazuje konieczność wnikliwej diagnostyki zmian płucnych i krytycznego podejścia do rozpoznania pierwotnej promieniicy, zwłaszcza u osób bez poważnych obciążeń chorobowych. Brak w dostępnym piśmiennictwie opisu pierwotnie płucnej postaci HL powikłanego promieniłą.

Słowa kluczowe: chłoniak Hodgkina, promieniła, ABVD, remisja metaboliczna

Na tropie przyczyny omdlenia

KAROLINA FIGIEL, DOMINIKA KOWALCZYK, JAKUB KWIATKOWSKI,
MAGDALENA ZAWADZKA

Opiekun: dr hab. n. med. Elżbieta Sowińska-Przepiera; lek. Kinga Malczyk-Matysiak

SKN przy Klinice Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp: Omdlenie to krótkotrwała utrata przytomności wywołana upośledzeniem prawidłowego ukrwienia mózgu. W związku z szeroką gamą przyczyn omdleń u pacjentów z wielochorobowością pojawiają się trudności diagnostyczne w rozstrzygnięciu, co nią jest.

Opis przypadku: 75-letnia pacjentka obciążona internistycznie (nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy w przebiegu choroby Hashimoto, stan po implantacji stymulatora serca z powodu bloku AV II-stopnia) przyjęta do oddziału w celu diagnostyki nawracających omdleń. Od pół roku pacjentka zgłaszała krótkotrwałe zawroty głowy z towarzyszącymi utratami przytomności, powtarzające się kilka razy dziennie (także w spoczynku). W wywiadzie odnotowano również bóle głowy, nudności, spadek masy ciała, osłabienie.

W badaniach laboratoryjnych hiperprolaktynemia (73,90 ng/ml), bez znaczącego wzrostu w teście z metoklopramidem – podejrzenie makroprolactinoma, TSH 0,131 mIU/l, obniżone stężenie kortyzolu – wielohormonalna niedoczynność przysadki. Wykonano TK głowy – uwidoczniło ponadsiódłowo gruczolaka przysadki.

Skonsultowano pacjentkę laryngologicznie, neurologicznie oraz kardiologicznie. Decydująca była ostatnia konsultacja, która rozstrzygnęła o wymianie stymulatora z powodu dyslokacji elektrody stymulatora DDD wszczepionego z powodu bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia.

W oddziale po wymianie stymulatora nie obserwowano nawrotu omdleń ani utraty przytomności, co sugeruje, że dyslokacja elektrody była głównym czynnikiem odpowiedzialnym za występowanie tych objawów.

Wnioski: Skuteczna diagnostyka i odpowiednie leczenie nawracających omdleń u pacjentów z wielochorobowością wymagają kompleksowej diagnostyki pozwalającej ustalić ich etiologię.

Słowa kluczowe: omdlenie, hiperprolaktynemia, blok AV II-stopnia, stymulator

O przypadku, w którym diagnostyka w kierunku choroby kociego pazura umożliwiła rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej

MAGDALENA ZAWADZKA, KAROLINA FIGIEL, JAKUB KWIATKOWSKI,
DOMINIKA KOWALCZYK

Opiekun: dr hab. n. med. Elżbieta Sowińska-Przepiera, lek. Mikołaj Matuszewicz,
lek. Kinga Malczyk-Matysiak

SKN przy Klinice Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp: Choroba kociego pazura, czyli zakażenie *Bartonella henselae*, jest rzadko rozpoznawaną chorobą zakaźną. Z kolei przewlekła białaczka limfocytowa charakteryzuje się niejednorodnym przebiegiem klinicznym, a interpretacja wyników obu tych schorzeń u jednego pacjenta może spowodować wiele trudności diagnostycznych.

Opis przypadku: Przedstawimy przypadek 74-letniej pacjentki, przyjętej do Oddziału Chorób Wewnętrznych z powodu infekcji o nieustalonym punkcie wyjścia i obwodowej limfadenopatii lewostronnej. Przed przyjęciem pacjentka skarżyła się na gorączkę z dreszczami, objawy grypopodobne i wzmożoną potliwość. Pierwotnie zaopatrywana na Hematologicznej IP, gdzie wykluczono infekcję SARS-CoV2, grypę, RSV, CMV-IGM i EBV-IGM. W badaniach laboratoryjnych: leukocytoza, CRP-124 mg/l – włączono empiryczną antybiotykoterapię, zalecono dalszą diagnostykę w razie braku poprawy. Przyjęta na Oddział Chorób Wewnętrznych z powodu utrzymujących się objawów, gdzie poszerzono diagnostykę przyczyn limfadenopatii – wykonano mammografię (BIRADS-0). W leczeniu włączono empiryczną antybiotykoterapię oraz pobrano przeciwciała w kierunku choroby kociego pazura (rozpoznanie potwierdziły oznaczone przeciwciała). Zmodyfikowano antybiotykoterapię (azytromycyna), uzyskując poprawę stanu klinicznego. Z uwagi na utrzymujące się dolegliwości bólowe ze strony powiększonych węzłów chłonnych wykonano BAC największego węzła chłonnego. W badaniu histopatologicznym: immunofenotyp otrzymanych komórek przemawiających za CLL-B (przewlekła białaczka limfocytowa).

Wnioski: Diagnostyka infekcji i powiększonych węzłów chłonnych wymaga uważnej analizy klinicznej i laboratoryjnej pacjenta.

Słowa kluczowe: *Bartonella henselae*, leukocytoza, limfadenopatia, CLL-B

Ultrasonografia płuc w diagnostyce i monitorowaniu zatorowości płucnej

RAFAŁ RAJSKI

Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Ultrasonografia płuc stanowi niezwykle bezpieczne i powszechnie dostępne narzędzie umożliwiające diagnostykę oraz monitorowanie zatorowości płucnej. Szczególną rolę zyskuje w sytuacjach, gdy przeciwwskazane jest wykonanie tomografii komputerowej z kontrastem lub gdy nie jest ona dostępna. Rozpoznanie opiera się na specyficznych objawach ultrasonograficznych i zostało szczegółowo określone w wytycznych.

Cele: Celem poniższego badania było określenie czułości i swoistości dla ultrasonografii płuc w diagnostyce zatorowości płucnej poprzez studium literatury medycznej oraz na podstawie własnych doświadczeń.

Materiały i metody: Badanie opiera się na analizie statystycznej prac oryginalnych, wyselekcjonowanych na podstawie założonych kryteriów włączenia i wykluczenia, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowo stosowanych kryteriów diagnostycznych. Ponadto w opracowywaniu wyników wykorzystano dane zebrane podczas rutynowo wykonywanych przez autora badań.

Wyniki: Analizie statystycznej poddano 11 prac oryginalnych, opublikowanych w latach 1999–2019, obejmujących w sumie 1696 pacjentów. Diagnostyka ultrasonograficzna zatorowości płucnej wykazuje czułość 72% oraz swoistość 89%, przy dodatniej wartości predykcyjnej i ujemnej wartości predykcyjnej kolejno 90% i 86%. We wszystkich pracach jako kryterium diagnostyczne wykorzystywano konsolidację, szczególnie typu *wedge sign* zawierającą hiperechogeniczne echo centralne. Kryteria typu *vascular sign* oraz obecność płynu zlokalizowanego lokalnie względem konsolidacji nie były uwzględniane przez wszystkich autorów. Na podstawie analizy wyselekcjonowanych prac, wytycznych oraz doświadczeń własnych stwierdzenie objawów *vascular sign* oraz *wedge sign* koreluje z bardzo wysokim prawdopodobieństwem obecności zatorowości płucnej.

Wnioski: Ultrasonografia płuc stanowi dobrze udokumentowaną metodę diagnostyki zatorowości płucnej, gdy tomografia komputerowa nie jest dostępna lub jest przeciwwskazana. W celu osiągnięcia jak najwyższej skuteczności diagnostycznej należy zastosować uzupełniające badanie echokardiograficzne oraz ultrasonograficzne żył głębokich kończyn dolnych.

Słowa kluczowe: ultrasonografia, zatorowość płucna, analiza statystyczna, *wedge sign*, *vascular sign*

Skala HCM-AF Risk Score: Nowe podejście do oceny ryzyka powikłań sercowych u pacjentów z kardiomiopatią przerostową

DANIEL GONDKO, MARIA STEC, JAKUB ROMAN, DOMINIKA DZIADOSZ,
AGATA SULEJA, WIKTORIA KUCZMIK

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

SKN przy I Katedrze i Klinice Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp: Kardiomiopatia przerostowa (HCM) to choroba genetyczna, która może prowadzić do wielu groźnych dla życia powikłań, w tym do rozwoju migotania przedsionków (AF). Ostatnio opracowane narzędzie, Skala HCM-AF Risk Score, zwalidowane w populacji amerykańskiej, pozwala na dokładne przewidywanie wystąpienia AF u pacjentów z HCM przy użyciu czterech podstawowych parametrów: średnicy lewego przedsionka, obecności objawów niewydolności serca, wieku w momencie rozpoznania HCM oraz wieku w momencie oceny klinicznej.

Cele: Celem pracy jest ocena klinicznego zastosowania Skali HCM-AF Risk Score w predykcji 2- oraz 5-letnich powikłań wśród polskich pacjentów z HCM.

Materiały i metody: Retrospektywnym i jednośrodkowym badaniem kohortowym objęto 54 pacjentów z HCM (51,9% kobiet, mediana wieku 59 lat), u których rozpoznano chorobę w okresie od 1.01.2013 do 31.12.2016 roku, z wyjściowym rytmem zatokowym. Przeprowadzono analizę charakterystyki klinicznej, badań laboratoryjnych, echokardiograficznych, monitorowania holterowskiego, wyników klinicznych 2- i 5-letnich (śmiertelność całkowita, postęp niewydolności serca/HF \geq 1 klasa NYHA) oraz częstości występowania AF w odniesieniu do wyjściowego wskaźnika HCM-AF Risk Score.

Wyniki: Według wyników 4 (7,4%) pacjentów zakwalifikowano do grupy niskiego ryzyka, 16 (29,4%) – do grupy pośredniego ryzyka, a 34 (63,0%) – do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia AF. Stwierdzono istotne różnice w charakterystyce klinicznej i śmiertelności między podgrupami. Pacjenci z podgrupy wysokiego ryzyka charakteryzowali się cięższym obrazem klinicznym i większymi odchyleniami w badaniach, w porównaniu do innych podgrup. Śmiertelność wynosiła odpowiednio: 0% w podgrupie niskiego ryzyka, 18,5% w podgrupie pośredniego ryzyka i 58,8% w podgrupie wysokiego ryzyka.

Porównanie częstości występowania AF z oszacowanym ryzykiem AF wykazało istotne rozbieżności – we wszystkich podgrupach zarejestrowana częstość występowania AF była istotnie wyższa niż oszacowane ryzyko AF opublikowane w pracy amerykańskiego zespołu.

Wnioski: Skala HCM-AF Risk Score wydaje się obiecującym narzędziem, umożliwiającym screening populacji szczególnie zagrożonej rozwojem migotania przed-

sionków, jaką są pacjenci z kardiomiopatią przerostową. Wysoki odsetek ciężkich powikłań może sugerować, że diagnostyka kardiomiopatii przerostowej w Polsce jest opóźniona.

Słowa kluczowe: HCM, HCM-AF Risk Score, grupa ryzyka, charakterystyka kliniczna, kardiomiopatia przerostowa

Skala CHA2DS2-VASc – nowy prognostyk u pacjentów ze STEMI?

JAKUB ROMAN, DANIEL GONDKO, DOMINIKA DZIADOSZ,
WIKTORIA KUCZMIK, MARIA STEC, AGATA SULEJA

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

SKN przy I Katedrze i Klinice Kardiologii,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach (ERN GUARD-Heart)

Wstęp: Wynik CHA2DS2-VASc jest używany do oszacowania ryzyka udaru niedokrwinnego u pacjentów z migotaniem przedsionków. Składniki tej skali, takie jak nadciśnienie (NT) i cukrzyca (DM), są dobrze znane jako czynniki ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych, jak zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI), ale przede wszystkim przedwczesnej śmierci. Nasze niedawne badanie sugeruje, że wynik CHA2DS2-VASc może mieć wartość prognostyczną w ocenie 5-letniego przeżycia u pacjentów z STEMI.

Cele: Naszym celem było określenie skuteczności i przydatności klinicznego zastosowania wyniku skali CHA2DS2-VASc w przewidywaniu 5-letniego przeżycia pacjentów ze STEMI.

Materiały i metody: W retrospektywnym badaniu kohortowym uwzględniono 150 pacjentów (50% kobiet, mediana wieku 73 lata) hospitalizowanych w I Klinice Kardiologii Uniwersytetu Medycznego Śląskiego w Katowicach ERN GUARD HEART (w okresie od 1.01.2013 roku do 31.12.2016 roku). Kryteria włączenia uwzględniały wiek od 65 do 80 lat oraz diagnozę STEMI. Pacjenci z historią nowotworową w wywiadzie zostali wykluczeni. Analizie poddano cechy kliniczne i 5-letnie przeżycie pacjentów ze STEMI.

Wyniki: Śmiertelność pacjentów wyniosła 51,3% (77 pacjentów) w przeciągu 5 lat od diagnozy STEMI. Początkowe cechy pacjentów ze STEMI wykazywały istotnie wyższy wynik CHA2DS2-VASc (mediana 5 vs 4; $p = 0,01$) w podgrupie, w której wystąpiła śmierć w trakcie obserwacji. Grupa, w której odnotowano zgon, różniła się istotnie pod względem klasy Killip-Kimball IV (32,5% vs 1,4%; $p < 0,0001$) przy przyjęciu, a także cukrzycy (45,5% vs 26,0%; $p = 0,01$) i arytmii komorowych związanych z zawałem (27,3% vs 6,9%; $p=0,001$).

Wnioski: Gorsze rokowanie u pacjentów ze STEMI ma wieloczynnikowe podłoże. Wynik CHA2DS2-VASc może być używany jako czynnik ryzyka zgonu w tej populacji.

Słowa kluczowe: CHA2DS2-VASc, STEMI, nadciśnienie, rokowanie

Sesja III

Chirurgia niejedno ma imię

Rzadka przyczyna bólu brzucha – przypadek skrętu jajnika

MARTYNA MAZIARSKA

Opiekun: dr n. med. Michał Puliński

SKN przy Oddziale Klinicznym Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Wydział Lekarski,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wstęp: Skręt jajnika to rotacja jajnika i jajowodu wokół szypuły naczyniowej z jej uciśnięciem. Częstość występowania wśród dzieci wynosi 4,9 na 100 000. Jest przyczyną około 4% przypadków ostrego bólu brzucha wśród pacjentów pediatrycznych. Skręcenie może być spontaniczne lub wynikać z powstawania masy jajnika, która powoduje asymetrię. Klasycznie objawia się nagłym, silnym bólem brzucha.

Opis przypadku: 17-letnia pacjentka przyjęta do Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Olsztynie z powodu wymiotów i bólu brzucha nasilającego się od trzech dni. W wywiadzie leczenie torbieli jajnika prawego, niedoczynność tarczycy oraz agenezja nerki lewej. W badaniu przedmiotowym ból przy głębokiej palpacji podbrzusza. W POCUS w rzucie prawych przydatków guz struktury lito-płynowej wielkości 70 × 60 × 55 mm. W MRI podejrzenie skrętu jajnika na skrwawionej torbieli krwotocznej. Zakwalifikowana do laparoskopii. Śródoperacyjnie jajnik obrzęknięty, skręcony, barwy sinej. Odkręcono jajnik i usunięto skręcone torbiele strzępków jajowodu. W okresie pooperacyjnym utrzymujące się obniżanie RBC i Hbg w badaniach laboratoryjnych. W badaniu USG organizujący się krwiak/ropień w miednicy. Zakwalifikowano do laparoskopowej ewakuacji krwiaka wewnątrzotrzewnowego i hemostazy krwawiącego jajnika. Po 11 dniach pacjentka w stanie dobrym wypisana do domu.

Wnioski: W diagnostyce różnicowej bólów brzucha u dzieci trzeba uwzględniać również rzadkie przyczyny. W opiece pooperacyjnej niezbędne jest wykonywanie regularnych badań laboratoryjnych i obrazowych w celu wykrycia powikłań takich jak krwawienie z operowanego miejsca.

Słowa kluczowe: torbiel jajnika, skręt jajnika, diagnostyka różnicowa bólów brzucha, chirurgia dziecięca, laparoscopia

Mięśniakowatość wewnątrznaczyniowa z przedłużeniami wewnątrzsercowymi jako trudny problem diagnostyczny i chirurgiczny

SEBASTIAN LECHOWSKI

Opiekun: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Oszkinis

SKN Lancet przy Klinice Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu

Wstęp: Mięśniakowatość wewnątrznaczyniowa jest bardzo rzadkim zjawiskiem, często wymagającym wielodyscyplinarnej opieki nad pacjentem. Sama mięśniakowatość macicy jest stanem łagodnym, natomiast postać wewnątrznaczyniowa prezentuje często agresywny i niepokojący klinicznie przebieg. Wewnątrzsercowy wzrost przedłużeń śródnaczyniowego guza jest zwykle związany z zastoinową niewydolnością serca i w większości przypadków prowadzi do nagłego zgonu.

Opis przypadku: Prezentujemy przypadek 49-letniej pacjentki, u której pierwotnymi objawami były cechy zakrzepicy żył biodrowych i żyły głównej dolnej oraz hipotonia ortostatyczna, napadowa tachykardia i ogólne osłabienie. W wywiadzie stan po histerektomii z powodu mięśniaków oraz stan po zatorowości płucnej niskiego ryzyka. Przypadek wymagał wielodyscyplinarnego podejścia, szerokiej diagnostyki oraz uważności zespołu terapeutycznego. U pacjentki, mimo histerektomii, w toku diagnostyki ujawniono guz miednicy mniejszej (mięśniaki przerzutowe z angioinwazją do żyły biodrowej wewnętrznej prawej, histopatologicznie tłuszczakomięśniak), guz żyły głównej dolnej i prawej żyły biodrowej wspólnej długości około 18 cm wrastający do prawego przedsionka (domniemany pierwotnie zakrzep, następnie mylnie kwalifikowano jako śluzak serca), który histopatologicznie okazał się mięśniakiem wzrastającym wewnątrznaczyniowo z ogniskowymi zmianami wodniczkowymi.

Wnioski: Rozległa „zakrzepica żylna” żył kończyn dolnych i żyły głównej dolnej wymaga szerokiej diagnostyki i czujności diagnostycznej. Długotrwała nieskuteczność terapii powinna skłaniać do krytycznego spojrzenia na przypadek pacjenta i reewaluacji postępowania diagnostycznego. Histerektomia nie jest zabiegiem zapobiegającym dalszemu występowaniu mięśniaków.

Słowa kluczowe: histerektomia, mięśniaki, zakrzepica żylna, guz miednicy

Korzystaj z głową – ciężkie obrażenia czaszkowo-mózgowe powstałe na skutek wypadku z udziałem hulajnogi elektrycznej

JUSTYNA KOWALCZEWSKA, SZYMON RZEPczyk

Opiekun: dr Jeremi Kościński, prof. Czesław Żaba

SKN Neurochirurgii im. prof. Romana Jankowskiego,
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp: Wraz ze wzrostem popularności hulajnóg elektrycznych wzrasta liczba wypadków z ich udziałem. Głowa należy do obszarów ciała szczególnie narażonych na urazy w wyniku wypadku na e-hulajnodze. Chociaż najczęstszymi urazami są otarcia i skaleczenia skóry, to występujące rzadziej ciężkie urazy mózgu są szczególnie niebezpieczne.

Opis przypadku: Prezentowany przypadek dotyczy pacjenta, który został przyjęty w styczniu w trybie nagłym na oddział neurochirurgii po wypadku na e-hulajnodze. Mężczyzna był pod wpływem alkoholu oraz nie korzystał z kasku, co miało wymierny wpływ na profil i rozległość obrażeń. W wykonanych badaniach obrazowych stwierdzono krwiaka nadtwardówkowego w lewej okolicy czołowej. Wykryte zostały także liczne złamania w obrębie mózgo- i twarzoczaszki, m.in.: obustronne wieloodłamowe złamania łuski kości czołowej, złamania ścian oczodołów, złamania kości klinowej, złamania ścian zatok szczękowych, złamanie trzonu szczęki, wieloodłamowe złamanie kości nosa. W dniu przyjęcia drogą kraniotomii czołowej lewostronnej ewakuowano krwiaka nadtwardówkowego. Wykonano także zabieg repozycji i osteosyntezy złamań twarzoczaszki Le Fort III oraz repozycję nosa. Po 14 dniach hospitalizacji pacjent w stanie ogólnie dobrym został zwolniony do domu.

Wnioski: Opisany przypadek wskazuje, że obrażenia z powodu wypadku na e-hulajnogach mogą wymagać multidyscyplinarnego podejścia lekarzy wielu specjalizacji: neurochirurgii, chirurgii szczękowo-twarzowej i laryngologii. Ponadto przypadek ten pokazuje, że szczególną rolę odgrywa edukacja w zakresie bezpiecznego korzystania z hulajnóg elektrycznych.

Słowa kluczowe: e-hulajnoga, neurochirurgia, krwiak nadtwardówkowy, złamania kości czaszki, kraniotomia

Błędna kwalifikacja do radioterapii w *spondylodiscitis*

MARTYNA OLEJNIK, ALEKSANDRA LEWANDOWSKA

Opiekun: dr n. med. Waldemar Kołodziej

SKN Walter E. Dandy Society, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Powód występującego bólu kręgosłupa może być o wiele poważniejszy niż powszechnie występujące zmiany zwyrodnieniowe i zaburzenia czynnościowe. Może nim być proces zapalny kręgosłupa i sąsiadujących tkanek, a w niektórych przypadkach ból jest zwiastunem groźnego zakażenia. *Spondylodiscitis* to termin określający występujące wspólne zapalenie trzonów kręgów i przestrzeni międzykręgowej, które może prowadzić do poważnych powikłań.

Opis przypadku: 63-letnia pacjentka, której przypadek prezentujemy, doznała złamania kręgosłupa w odcinku Th10-Th11, po czym została hospitalizowana i równocześnie leczona z powodu objawów grypopodobnych. Po antybiotykoterapii stan zdrowia uległ poprawie. Po miesiącu wystąpił u pacjentki ból w okolicy piersiowej i wzrosły markery zapalne. Pacjentka została poddana teleradioterapii. Stan chorej ulegał pogorszeniu, aż do wystąpienia paraplegii kończyn dolnych oraz zniesienia czucia od dermatomu Th11 w dół. Po wykonaniu operacji stan pacjentki nie uległ istotnej zmianie oraz ponownie wzrosły markery zapalne. Wykonano posiew krwi, który wykazał zakażenie *Staphylococcus aureus*. Z uwagi na to przyjęto *spondylodiscitis* jako przyczynę złamania patologicznego. Przeprowadzono antybiotykoterapię celowaną. Stan ogólny pacjentki poprawił się.

Wnioski: Wczesne rozpoznanie *spondylodiscitis* stanowi duże wyzwanie ze względu na nieswoiste objawy kliniczne i wymaga od lekarza dużej wnikliwości diagnostycznej. Bez wdrożonej na czas antybiotykoterapii może prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia tkanek, a nawet zgonu wskutek posocznicy.

Słowa kluczowe: *spondylodiscitis*, stan zapalny, radioterapia, paraplegia, *Staphylococcus aureus*, gronkowiec złocisty

Hipoplazja łuku aorty wraz z koarktacją aorty i dużym tętniakiem tętnicy podobojczykowej lewej u 12-letniej pacjentki z zespołem Turnera

WERONIKA SZKUDLAREK

Opiekun: dr n. med. Marcin Gładki

SKN Kardiologii Dziecięcej przy Klinice Kardiologii Dziecięcej
Katedry Kardio-Torakochirurgii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Wstęp: Tętniaki tętnicy podobojczykowej są rzadkimi nieprawidłowościami układu sercowo-naczyniowego. Zespół Turnera to zespół genetyczny występujący u dziewczynek, który wynika z całkowitego lub częściowego braku jednego z chromosomów X. U ok. 50% pacjentek stwierdza się defekty układu sercowo-naczyniowego. Przypadek kliniczny prezentuje 12-letnią pacjentkę z Zespołem Turnera, u której rozpoznano wady anatomiczne łuku aorty i dużego tętniaka tętnicy podobojczykowej lewej.

Opis przypadku: Pacjentka została przyjęta na Oddział Kardiologii Dziecięcej z powodu ekstremalnego poszerzenia tętnicy podobojczykowej lewej oraz hipoplastycznego łuku aorty wraz z koarktacją aorty w celu wykonania zabiegu operacyjnego w trybie planowym. Dzień po przyjęciu przeprowadzono operację plastyki łuku aorty oraz plikację tętniaka tętnicy podobojczykowej z dostępu sternotomii pośrodkowej. Aortę zrekonstruowano poprzez wszycie łaty ProxiCor®. Zabieg przeprowadzono w warunkach krążenia pozaustrojowego z selektywną perfuzją naczyń dogłowych w głębokiej hipotermii z zatrzymaniem akcji serca. Ze względu na ryzyko krwawienia zamknięcie mostka wykonano następnego dnia. Po operacji pacjentka przez cztery doby pozostawała w stanie ogólnym ciężkim, ale stabilnym. W czwartej dobie po zabiegu wydolna oddechowo i krążeniowo, została przekazana na Oddział Intensywnej Terapii w celu dalszego leczenia.

Wnioski: Przedstawiony przypadek kliniczny pokazuje, że u pacjentek z Zespołem Turnera może dochodzić do powstawania licznych wad układu sercowo-naczyniowego. Niemniej jednak jeżeli zostaną one zdiagnozowane odpowiednio wcześniej, mogą być skutecznie leczone chirurgicznie.

Słowa kluczowe: zespół Turnera, tętniak, kardiologia dziecięca, wady anatomiczne, sternotomia, rekonstrukcja aorty, krążenie pozaustrojowe

Spastyczna paraplegia dziedziczna – nowatorskie zastosowanie zabiegu rizotomii w leczeniu objawów ultrazadkiej choroby

MICHAŁ CHYLEWSKI, AGNIESZKA SZEMA, LEK. BARTŁOMIEJ SAGAN

Opiekun: prof. dr hab. n. med. Leszek Sagan

SKN Neurochirurgii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp: Spastyczna paraplegia dziedziczna (*Hereditary Spastic Paraplegia* – HSP) to grupa rzadkich chorób neurodegeneracyjnych o podłożu genetycznym, objawiająca się postępującym niedowładem spastycznym kończyn dolnych. Obecnie wyróżniamy 87 podtypów HSP o zróżnicowanym przebiegu klinicznym. Postacie HSP różnią się w zakresie objawów podmiotowych i neurologicznych, a także wiekiem ujawnienia się choroby. Aktualnie nie jest znana skuteczna terapia HSP, nie ma również ustalonego postępowania objawowego. W pracy przedstawimy przypadki dwóch chłopców ze spastyczną paraplegią dziedziczną, u których w leczeniu zastosowano zabieg selektywnej rizotomii grzbietowej w celu złagodzenia objawów i poprawy funkcji motorycznych.

Opis przypadku: Dwóch pacjentów w wieku 9 oraz 19 lat wykazywało przy przyjęciu objawy zaawansowanej i postępującej paraplegii spastycznej kończyn dolnych z towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi. Na podstawie wykonanych badań genetycznych metodą NGS w kierunku mutacji powiązanych z HSP rozpoznano spastyczną paraplegię typu 31 u 9-latka oraz typu 3A u 19-latka. Postanowiono wykonać u tych chorych zabieg selektywnej rizotomii grzbietowej (SDR). Zabieg ten jest uznaną metodą leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym. Efekty leczenia oceniano w okresie trzech lat po operacji. Uzyskano spadek wzmożonego napięcia mięśniowego o 3 punkty w skali Ashwartha. Obserwowano poprawę funkcji motorycznych oraz złagodzenie dotychczasowych dolegliwości.

Wnioski: Selektwna rizotomia grzbietowa może być skuteczną metodą leczenia objawowego pacjentów z dziedziczną paraplegią spastyczną.

Słowa kluczowe: paraplegia dziedziczna, HSP, niedowład kończyn, selektywna rizotomia grzbietowa, SDR, NGS, mózgowy porażenie dziecięce

Nietypowe przerzuty do rdzenia kręgowego: sprawozdanie z przypadku, błędy w rozpoznaniu histopatologicznym i przegląd epidemiologii

ANTONI MORISSON, ALEKSANDER MATEJA

Opiekun: dr n. med. Kajetan Łątka

SKN Walter E. Dandy Society, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Czerniak to nowotwór wywodzący się z melanocytów, którego przerzuty do rdzenia są bardzo rzadkie i występują u 1% pacjentów. Mogą one nieść za sobą bardzo poważne konsekwencje kliniczne.

Opis przypadku: Opisywany przypadek dotyczy 38-letniej pacjentki, która trafiła do szpitala z postępującym niedowładem kończyn górnych. Badanie MRI głowy i osi kręgosłupa wskazywało na rozległą zmianę rozrostową w kanale centralnym rdzenia kręgowego w odcinku C4-Th2, która na obrazie radiologicznym początkowo została rozpoznana jako wyściółczak. Badanie TK klatki piersiowej wykazało obecność drobnych guzków, które mogły odpowiadać guzkom prozapalnym lub rzadkim przerzutom wyściółczaka do płuc. U pacjentki przeprowadzono resekcję poprzez laminoplastykę C3-Th2. Po wykonanym zabiegu stwierdzono poprawę stanu neurologicznego i spionizowana, bez deficytów neurologicznych, została wypisana. Trzy miesiące później w tkance podskórnej, w linii pachowej pośrodkowej znaleziono zmianę, która po usunięciu okazała się przerzutem czerniaka, co doprowadziło do rewizji diagnozy zmiany rdzeniowej. Na podstawie dowodów klinicznych wprowadzono immunoterapię, zgodnie z postępowaniem dla czerniaka w stadium IIb-III.

Wnioski: Przerzuty czerniaka do rdzenia kręgowego są rzadkie i mogą spowodować komplikacje neurologiczne. Opisywany przypadek pokazuje, że pomimo trudności w rozpoznaniu i diagnostyce przerzutów czerniaka do rdzenia, istnieje skuteczna metoda leczenia, poprawiająca stan kliniczny pacjenta.

Słowa kluczowe: czerniak, niedowład kończyn, przerzuty do rdzenia, diagnostyka przerzutów, immunoterapia

Wewnątrzczaszkowa oponowa przetoka tętniczo-żylna jako przyczyna szyjnej mielopatii zastoinowej (zespół Foix-Alajuanine)

EMILIA TOMAŚKO, ANASTAZJA WINIARSKA

Opiekun: dr hab. Dariusz Łątka

SKN Walter E. Dandy Society, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Zespół Foix-Alajuanine to rzadka jednostka chorobowa spowodowana patologicznym połączeniem między układem tętniczym i żylnym rdzenia kręgowego. Wspomniana przetoka oponowa występuje głównie u mężczyzn po 50. roku życia na odcinku piersiowo-lędźwiowym, gdzie prowadzi do zastojów w odpływie żylnym i do niedokrwienia rdzenia. U pacjentów może dojść do rozwoju postępującej mielopatii zastoinowej, która na wczesnych etapach może być mylona m.in. z polineuropatią. Podstawą rozpoznania jest badanie MRI pokazujące obrzmienie rdzenia kręgowego i kręte, powiększone naczynia żyłne. W celu uwidocznienia miejsca przetoki stosuje się badanie angio-TK i selektywną angiografię, użyteczne również do wyboru strategii leczniczej drogą wewnątrznaczyniowej embolizacji lub poprzez mikrochirurgiczne wyłączenie przetoki.

Opis przypadku: Przypadek dotyczy rzadkiego zjawiska wewnątrzczaszkowej przetoki skutkującej zastojem w tylnej jamie czaszki i rdzeniu szyjnym, prowadzącym do pełnoobjawowej mielopatii szyjnej. Występujące u pacjenta symptomy miały tendencję do pojawiania się i ustępowania, ale istniało ryzyko utrwalenia spastyczności w zakresie kończyn dolnych. Przez swą nietypową lokalizację przypadek ten stanowił niezwykłą zagadkę diagnostyczno-terapeutyczną, lecz dzięki prawidłowemu rozpoznaniu i leczeniu mikrochirurgicznemu u chorego w ciągu trzech miesięcy nastąpiła całkowita remisja objawów mielopatii.

Wnioski: Na przykładzie tego pacjenta widzimy, że u osób z ubytkowymi objawami neurologicznymi w zakresie kończyn dolnych należy rozważyć możliwość oponowej przetoki tętniczo-żylny. Pozwala to na uniknięcie ryzyka zaprzepaszczenia szansy skutecznego leczenia.

Słowa kluczowe: zespół Foix-Alajuanine, przetoka oponowa, przetoka tętniczo-żylna, mielopatia zastoinowa, angiografia, mikrochirurgia

Pacjent z zespołem Noonan i guzem tylnej jamy czaszki oraz wodogłowiem obturacyjnym

NIKOLA WARZECHA, ANNA LYP

Opiekun: Tomasz Sobolewski

SKN Walter E. Dandy Society, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Zespół Noonan jest zaburzeniem genetycznym objawiającym się niskorosłością, wadami serca oraz cechami dysmorficznymi skóry i innych narządów wewnętrznych. Guz tylnej jamy czaszki należy do guzów podnamiotowych, najczęściej lokalizujących się w komorze IV. Powodują one wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, objawy zespołu mózdkowego i pniowego. Jednym z powikłań jest również wodogłowie obturacyjne.

Opis przypadku: Chory z objawami mózdkowymi i po utracie przytomności trafił na oddział neurochirurgii w celu dalszej diagnostyki i leczenia. Badanie TK uwiadczenia poszerzenie układu komorowego oraz zmianę o niejasnej etiologii w okolicy mózdku. Wykonano wentrikulostomię III komory. Pacjent w kolejnych dwóch latach dwukrotnie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego kraniotomii podpotylicznej i resekcji guza robaka mózdku z powodu nawracających objawów. Stan neurologiczny pacjenta uległ poprawie. W kolejnym badaniu TK widoczna była ogromna torbiel z efektem masy. Pacjent podsypiający, spowolniały psychoruchowo, z objawem Parinauda. Choremu wykonano drenaż torbieli oraz założono zbiornik Rickhama. Pacjent regularnie zgłasza się na oddział z narastającymi objawami neurologicznymi, ulegającymi remisji po nakłuciu zbiornika i drenażu płynu z torbieli.

Wnioski: Opisany przypadek przedstawia szereg problemów terapeutycznych, z którymi zmagają się pacjenci z wieloma wadami. Wskazuje na brak idealnego sposobu, który pozwoliłby na wyleczenie chorego, jednak przy maksymalnym wykorzystaniu możliwości i zasobów, jakimi dysponuje oddział, uzyskano poprawę jakości życia pacjenta.

Słowa kluczowe: zespół Noonan, wodogłowie obturacyjne, guz podnamiotowy, wentrikulostomia, zbiornik Rickhama

Trudności techniczne w stabilizacjach stawów krzyżowo-biodrowych– technika operacyjna

ALEKSANDRA MALICKA, MARIA WERNER

Opiekun: Jacek Chowaniec

SKN Walter E. Dandy Society, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Ból stawu krzyżowo-biodrowego (*sacroiliac joint* – SIJ) wynikający z jego niestabilności jest powszechnie występującym zjawiskiem, na które szczególnie narażone są kobiety, osoby otyłe, po wielokrotnych ciążach, porodach siłami natury oraz operacjach odcinka lędźwiowego kręgosłupa w wywiadzie. Podstawą rozpoznania jest badanie podmiotowe i przedmiotowe pozwalające różnicować dolegliwości w obrębie SIJ z dysfunkcjami stawu biodrowego oraz zaburzeniami odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

Opis przypadku: Przypadek dotyczy 67-letniego pacjenta, pierwotnie zakwalifikowanego do spondylodezy oraz dekompresji kanału kręgowego w segmencie L4–5. Przy przyjęciu pacjent skarżył się na bóle w okolicy lewego biodra oraz trudności z chodzeniem. W badaniu fizykalnym stwierdzono tkliwość okolicy lewego SIJ, ujemny objaw Lasegue’a obustronnie oraz dodatnie testy FABER i Mennella po lewej. Blokada farmakologiczna (lignokaina + Diprophos) potwierdziła SIJ jako źródło głównych dolegliwości. Pacjent został ostatecznie zakwalifikowany do przezskórnej stabilizacji lewego SIJ. Pacjenta zoperowano pod kontrolą skopii RTG 3D. Ze względu na niekorzystny kąt płaszczyzny SIJ w męskiej miednicy i słabo rozwinięte skrzydło kości krzyżowej stabilizację wykonano przy użyciu tylko jednej śruby. Samopoczucie pacjenta po operacji uległo poprawie. W kontroli ambulatoryjnej zgłaszał dalszą poprawę.

Wnioski: Opisany przypadek wskazuje, że zabieg przezskórnej stabilizacji SIJ jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia objawowej niestabilności SIJ. Przynosi poprawę komfortu życia i wykonywania codziennych czynności u pacjentów z niestabilnością krzyżowo-biodrową.

Słowa kluczowe: niestabilność krzyżowo-biodrowa, chirurgia kręgosłupa, stabilizacja stawu, przezskórna stabilizacja stawu

Resekcja czaszko gardlaka przedskrzyżowaniowego drogą kraniotomii nadoczodołowej typu *keyhole approach*

MARIA WERNER, ALEKSANDRA MALICKA

Opiekun: Jacek Chowaniec

SKN Walter E. Dandy Society, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Czaszko gardlak (łac. *craniopharyngioma*) to stosunkowo rzadki i łagodny nowotwór mózgu, który rozwija się w pobliżu przysadki mózgowej i skrzyżowania nerwów wzrokowych, w przestrzeni nadsiodłowej i śródsiodłowej. Do jego objawów zaliczamy m.in. zaburzenia widzenia, podwyższone ciśnienie śródczaszkowe, nadmierne oddawanie moczu, a u kobiet zaburzenia miesiączkowania. Leczenie polega na chirurgicznym usunięciu guza.

Opis przypadku: Przypadek dotyczy 37-letniej pacjentki, która została przyjęta w celu oceny hormonalnej przed planową operacją czaszko gardlaka. W wywiadzie pogorszenie ostrości wzroku, zaburzenia miesiączkowania, kobieta leczona na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy. W badaniach obecna hiperprolaktynemia. Przed zabiegiem klinicznie i biochemicznie bez niedoborów hormonalnych. W badaniu MR wykazano obecność guza okolicy nadsiodłowej o wymiarach 24 mm w osi długiej guza, 16 × 17 mm. Guz został usunięty małoinwazyjną metodą kraniotomii nadoczodołowej typu *keyhole approach*. W pooperacyjnym badaniu MR głowy z kontrastem po usunięciu guza bez patologii, przysadka niepowiększona i prawidłowo położona, skrzyżowanie wzrokowe bez wyraźnych zmian. Pole widzenia uległo znacznej poprawie.

Wnioski: Usunięcie czaszko gardlaka z dostępu nadoczodołowego typu *keyhole approach* pozwala na bezpieczne i małoinwazyjne przeprowadzenie operacji z dodatkowym bonusem w postaci dobrego efektu kosmetycznego.

Słowa kluczowe: czaszko gardlak, craniopharyngioma, nowotwór mózgu, hiperprolaktynemia, diagnostyka obrazowa guzów mózgowia, kraniotomia nadoczodołowa, *keyhole approach*

Powikłania stabilizacji kręgosłupa na cemencie u pacjenta z osteoporotycznym złamaniem kręgosłupa

JAKUB OSZAJCA, WERONIKA KUBAS

Opiekun: lek. Tomasz Olbrycht

SKN Walter E. Dandy Society, Uniwersytet Opolski

Wstęp: Osteoporoza to postępujące zaburzenie architektury kości z ubytkiem masy kostnej. Prowadzi do zwiększonej kruchości kości, przez co wraz z wiekiem wzrasta ryzyko złamań. Szczególnie groźne są złamania kręgow mogące prowadzić do deficytów neurologicznych, co może wymagać interwencji chirurgicznych, które redukują kompresję struktur nerwowych.

Opis przypadku: 70-letnia pacjentka z osteoporozą została przyjęta do szpitala z powodu bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Tydzień wcześniej doznała potknięcia i upadku. TK wykazało złamanie kręgu L3. W badaniu fizykalnym stwierdzono zmniejszenie siły mięśniowej w kończynach dolnych. Pacjentka została zakwalifikowana do operacji stabilizacji przeznasadowej kręgow L2-L4, pod kontrolą fluoroskopii. Kilka godzin po operacji zgłosiła objawy parestezji i osłabienia lewej kończyny dolnej. Kontrolne TK wykazało wyciek cementu do kanału kręgowego, dlatego pacjentkę zakwalifikowano do pilnej operacji rewizyjnej, polegającej na usunięciu cementu oraz poszerzeniu zakresu dekompresji struktur nerwowych. Pooperacyjne TK wykazało, że cement został całkowicie usunięty, lecz stwierdzono jego wypływ do sieci żyłnej kręgosłupa, aż do większych żył. Angio-TK klatki piersiowej wykazało obecność cementu w płucnych tętnicach. Wdrożono leki przeciwzakrzepowe. Pacjentkę poddano rehabilitacji; parestezje i osłabienie mięśni stopniowo ustępowały.

Wnioski: W złamaniach kręgow osób z osteoporozą zastosowanie cementu zwiększa stabilność instrumentarium, należy jednak pamiętać o możliwych powikłaniach, aby w przypadku ich wystąpienia niezwłocznie podjąć decyzje terapeutyczne.

Słowa kluczowe: powikłanie, osteoporoza, złamanie kręgu, parestezja, operacja rewizyjna, angio-TK, cement, fluoroskopia

Detektywistyka urologiczna – przypadek pacjentki z RCC oraz tajemniczym IgG4-zależnym pseudoguzem śledziony

GRACJAN SITAREK, MARTA ŻEREK

Opiekun: lek. Jacek Jastrzębski

SKN Urologii przy Oddziale Klinicznym Urologii USK w Opolu,
Uniwersytet Opolski

Wstęp: Choroba IgG4-zależna (IgG4-RD) jest stosunkowo niedawno opisaną jednostką chorobową o nieznannej etiologii i patogenezie. Poniższy przypadek przedstawia pacjentkę z guzem nerki oraz rzadkim pseudoguzem śledziony związanym z IgG4.

Opis przypadku: Do oddziału urologii została przyjęta 70-letnia kobieta z rozpoznaniem w USG i TK guzem nerki lewej oraz guzem śledziony. Zdecydowano o wykonaniu kontrolnego TK jamy brzusznej i miednicy z kontrastem. Badanie uwidoczniło zmianę guzowatą dolnej części nerki lewej, uwypuklającą jej zarys, o wymiarach $38 \times 32 \times 46$ mm z siecią drobnych naczyń zaopatrujących i drenujących, sugerującą RCC. Ponadto w obrębie śledziony wykryto patologiczną, dobrze odgraniczoną miękotkankową zmianę guzowatą o wym. $83 \times 81 \times 80$ mm, centralnie zawierającą dość liczne grube zwapnienia oraz ulegającą niejednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu. Wobec powyższych pacjentkę zakwalifikowano do lewostronnej nefrektomii połączonej ze splenektomią. W badaniu histopatologicznym stwierdzono raka nerkowokomórkowego, typ jasnokomórkowy G2 wg ISUP, a w obrazie mikroskopowym śledziony zmianę przemawiającą za pseudoguzem w przebiegu IgG4-zależnym. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjentkę w stanie dobrym wypisano do domu.

Wnioski: Choroba zależna od IgG4 jest chorobą o podłożu immunologicznym, prowadzącą do stanu włóknisto-zapalnego, który może obejmować wiele narządów. Brak możliwości biopsji śledziony przed wykonaniem pełnej splenektomii utrudnia histologiczną charakterystykę IgG4-RD w tym narządzie.

Słowa kluczowe: choroba IgG4-zależna, IgG4-RD, urologia, guz nerki, guz śledziony, rak nerkowokomórkowy, nefrektomia, splenektomia

Embolizacja tętnicy biodrowej wewnętrznej jako małoinwazyjna metoda zatamowania krwotoku u 22-letniego pacjenta po wypadku komunikacyjnym

WERONIKA SOPRYCH

Opiekun: dr n. med. Bartosz Paśnik, dr n.med. Jacek Hobot

SKN Lancet przy Klinice Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu

Wstęp: Wypadki komunikacyjne często wiążą się z masywnymi krwotokami z pourazowo uszkodzonych tętnic, które należy jak najszybciej zatamować. Nieopanowany krwotok doprowadza do wstrząsu hipowolemicznego, co w konsekwencji prowadzi do zgonu pacjenta.

Opis przypadku: 22-letni mężczyzna został przywieziony do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu po potrąceniu przez samochód. Przy przyjęciu pacjent był przytomny, błądy oraz spocony. Ciśnienie tętnicze wynosiło 80/40 mmHg, tętno – 130 uderzeń/min. Stan oceniono jako ciężki. W badaniu przedmiotowym opisano bolesność palpacyjną miednicy, brak czucia i ruchomości czynnej kończyny dolnej prawej, tętno symetrycznie nitkowate. W tomografii komputerowej uwidoczniło się aktywne krwawienie z prawej tętnicy biodrowej wewnętrznej oraz niestabilne złamanie miednicy. Pacjenta przekazano w trybie pilnym na blok operacyjny, gdzie za pomocą licznych spiral embolizacyjnych opatrzone zostały masywne krwotoki z podziału tętnicy biodrowej wewnętrznej prawej. Po udanej interwencji chirurgicznej pacjent został przekazany do stabilizacji zewnętrznej miednicy, a następnie do dalszego leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Wniosek: W przypadku masywnych, zagrażających życiu krwotoków czas odgrywa znaczącą rolę. U przedstawionego pacjenta wykorzystano małoinwazyjną metodę leczenia wewnątrznaczyniowego – embolizację tętnicy biodrowej wewnętrznej – jako alternatywę dla zabiegu operacyjnego. Dzięki zastosowaniu tej techniki doszło do szybkiego zatamowania krwotoku tętniczego oraz poprawy stanu ogólnego chorego.

Słowa kluczowe: krwotok, złamanie miednicy, spirala embolizacyjna, embolizacja, leczenie małoinwazyjne

Zaopatrzenie przetoki oskrzelowo-opłucnowej przy użyciu kleju tkankowego – prezentacja przypadku

URSZULA TOKARCZYK, ANITA FROŃ

Opiekun: dr hab. n.med. Adam Rzechonek, dr n.med. Piotr Błasiak, Mariusz Koral

SKN Symulacji Medycznych przy Katedrze i Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: Przetoka oskrzelowo-opłucnowa (*Bronchopleural Fistula* – BPF) to przetrwała komunikacja między drzewem oskrzelowym a przestrzenią opłucnową. Około 60% BPF powstaje jako jedno z najgroźniejszych i najtrudniejszych do zaopatrzenia powikłań operacji resekcji, lobektomii lub pulmonektomii. Dotychczas nie określono skutecznej metody leczenia tego stanu. Celem pracy jest przedstawienie przypadku zaopatrzenia BPF przy użyciu kleju tkankowego.

Opis przypadku: 66-letnia pacjentka ze szpiczakiem mnogim została przyjęta na Oddział Torakochirurgii w celu diagnostyki inwazyjnej i leczenia zmiany litej płata dolnego płuca lewego w segmencie 6. Podczas hospitalizacji wykonano klinową resekcję płuca, a następnie z powodu krwioplucia utrzymującego się po operacji wykonano bronchoskopię, w trakcie której podano klej tkankowy do oskrzeli B9–10 oraz do kikuta oskrzela B6. W badaniu histopatologicznym zmiany guzowatej stwierdzono obecność *Histoplasma sp.* Podano itrakonazol. Pacjentka w stanie bardzo dobrym została wypisana do domu.

Wnioski: Pooperacyjna BPF jest poważnym powikłaniem w chirurgii klatki piersiowej. U pacjentów z wysokim ryzykiem okołoperacyjnym szczególnie istotne są naprawcze techniki endoskopowe. Jak dotąd w nielicznych opisanych przypadkach małych przetok stosowano z powodzeniem klej fibrynowy, jednak najczęściej wymagał on 2- lub 3-krotnej aplikacji. Przedstawiony opis przypadku pokazuje, że zastosowanie wieloskładnikowego kleju u pacjentów z niewielką przetoką może być efektywne i zmniejszyć ryzyko kolejnych hospitalizacji.

Słowa kluczowe: przetoka oskrzelowo-opłucnowa, BPF, powikłanie, szpiczak mnogi, resekcja płuca, bronchoskopia, klej tkankowy, zakażenie, *Histoplasma*, itrakonazol

Ambulatoryjna spondylo-neurochirurgia – gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy?

RAFAŁ RAJSKI, DR N. MED. KAJETAN ŁĄTKA,
DR N. MED. WALDEMAR KOŁODZIEJ,
DR N. MED. JACEK CHOWANIEC, INŻ. DAWID PAWUŚ,
DR HAB. N. MED. DARIUSZ ŁĄTKA, PROF. UO

Opiekun: dr n. med. Kajetan Łątka
Uniwersytet Opolski

Wstęp: Procedury chirurgiczne wykonywane w trybie ambulatoryjnym stają się nowym standardem na świecie, pozwalającym na osiągnięcie doskonałych wyników leczenia przy zdecydowanej redukcji kosztów. Spondylo-neurochirurgia stwarza szerokie możliwości dla tzw. chirurgii jednego dnia, co już jest praktykowane w krajach wysoko rozwiniętych, zarówno w sektorze publicznym, jak i w prywatnym.

Cel: Zbadanie popularności ambulatoryjnej chirurgii kręgosłupa w Polsce z perspektywy świadczeniodawców wraz z analizą możliwych korzyści z implementacji takiej formy opieki w publicznej ochronie zdrowia.

Materiały i metody: Przeprowadzono elektroniczną ankietą składającą się z 25 pytań, która została rozesłana do Członków Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa, której wyniki zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki: W badaniu wykazano, że 67% ankietowanych wykonuje procedury w obrębie kręgosłupa prywatnie, z czego 58% wykonuje je w trybie ambulatoryjnym. Najczęściej wykonywanymi procedurami były kolejno: procedury iniekcyjne (blokady korzeni nerwowych i stawów), mikrodiscektomia, discektomia endoskopowa i stabilizacja kręgosłupa w odcinku L-S. W przypadku procedur operacyjnych pionizacja pacjenta w większości przypadków odbywała się w ciągu 6 godz. od zakończenia zabiegu. Ponadto respondenci wskazali Narodowy Fundusz Zdrowia za głównego płatnika (59%) wykonywanych procedur.

Wnioski: Ambulatoryjna chirurgia kręgosłupa jest w Polsce wciąż mało popularną formą opieki, lecz posiadającą ogromne możliwości rozwojowe. Dzięki wprowadzeniu systemu refundacji dla zabiegów jednego dnia w spondylo-neurochirurgii możliwe stanie się zwiększenie liczby wykonywanych procedur przy jednoczesnej redukcji kosztów i poprawie komfortu pacjentów. Podjęcie dialogu między personelem medycznym a organami państwowymi jest działaniem koniecznym w stosunku do dramatycznie rosnącego problemu schorzeń kręgosłupa w polskim społeczeństwie.

Słowa kluczowe: tryb ambulatoryjny, leczenie ambulatoryjne, chirurgia kręgosłupa, procedury chirurgiczne, spondylo-neurochirurgia, procedury iniekcyjne, discektomia

Nietrzeźwy, nieprzytomny, nieubezpieczony – problem alkoholu u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego

JAKUB STAŚ, ALEKSANDRA PENDER, KINGA BRAWAŃSKA,
KAROL ZAGÓRSKI, ANTONI KROTLIŃSKI, MIKOŁAJ ROSZKOWSKI,
DANIEL GRZEGORZ SOLIŃSKI

Opiekun: Daniel Grzegorz Soliński

SKN Vertex, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu,
Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp: W 2019 roku odnotowano w Polsce najwyższe od roku 1993 spożycie alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Znaczne spożycie alkoholu jest nie tylko poważnym problemem zdrowia publicznego, ale – ze względu na potencjalne zwiększenie ryzyka wypadków oraz urazów – może stanowić duże wyzwanie dla funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych i oddziałów chirurgicznych.

Cele: Analiza danych medycznych pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu będących pod wpływem alkoholu.

Materiały i metody: Retrospektywnym, jednośrodkowym badaniem objęto wszystkich pacjentów przyjętych na SOR w latach 2019–2020. Na podstawie dokumentacji medycznej wyodrębniono grupę badawczą stanowiącą 1417 pacjentów, którym zlecono badanie poziomu etanolu we krwi, z jego dodatnim wynikiem ($\geq 0,1$ mg/dL). Następnie przeanalizowano dane socjodemograficzne pacjentów i podstawowe informacje dotyczące pobytu na SOR (m.in. sposób transportu, długość i sposób zakończenia pobytu, konieczność zaopatrzenia chirurgicznego i hospitalizacji, wykonane badania diagnostyczne oraz radiologiczne badania obrazowe).

Wyniki: Ponad 90% pacjentów zostało przywiezionych na SOR przez zespół ratownictwa transportem medycznym. Mężczyźni stanowili 83% grupy badawczej. Średnia zawartość alkoholu we krwi pacjentów wynosiła 2,65 g/dL, z najwyższym wynikiem 6,50 g/dL. U 16% pacjentów odnotowano w wywiadzie utratę przytomności. Najczęściej zlecanym badaniem obrazowym była tomografia komputerowa głowy bez kontrastu (1071). Głównymi metodami zakończenia hospitalizacji były wypis po zakończonej diagnostyce i leczeniu (36%) oraz samodzielne oddalenie się z SOR bez uprzedniego wypisu (31%). Pacjenci wymagający dalszego leczenia najczęściej byli przekazywani na oddziały chirurgiczne. Pacjenci nieobjęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym stanowili 40% grupy badawczej. Ponadto 11% pacjentów wykazało się odnotowaną agresją w stosunku do personelu szpitala.

Wnioski: Wykazano, że pacjenci pod wpływem alkoholu mogą stanowić istotne obciążenie dla systemu ratownictwa i transportu medycznego oraz szpitalnej diagnostyki.

ki ostrodyżurowej, będąc jednocześnie problemem ekonomicznym i organizacyjnym dla jednostek ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: alkohol, spożycie alkoholu, etanol, dane socjodemograficzne, badania diagnostyczne, badania obrazowe

REDAKTOR
Karina Ćwirzeń

REDAKTOR TECHNICZNY
Jolanta Brodziak

SKŁAD I ŁAMANIE
Jolanta Brodziak

KOREKTA
Karina Ćwirzeń

PROJEKT OKŁADKI
Oliwia Wodzińska

© Copyright by Uniwersytet Opolski
Opole 2023

ISBN 978-83-8332-022-9

Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 45-365 Opole, ul. Dmowskiego 7-9.

Wydanie I. Nakład 100 egz.

Składanie zamówień: tel.: 77 401 66 89; e-mail: wydawnictwo@uni.opole.pl

Druk i oprawa: Volumina.pl Spółka z o.o.

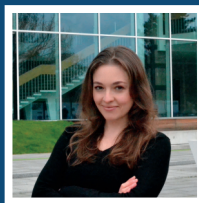
KOOM

Konferencja OgólnOpolska w Medycynie

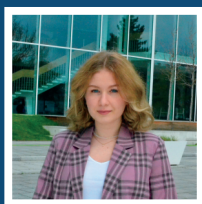
Komitet Organizacyjny



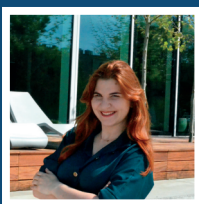
Bartłomiej Lepczyński
PRZEWODNICZĄCY OC



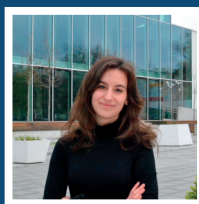
Weronika Woicka
WICEPRZEWODNICZĄCA OC



Oliwia Wodzińska
CZŁONEK OC DS. GRAFIK I SOCIAL MEDIA



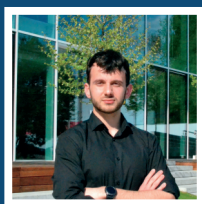
Aleksandra Kutakowska
CZŁONEK OC DS. KOMITETU NAUKOWEGO



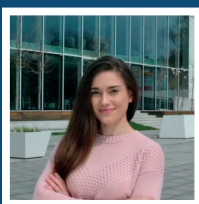
Samanta Ostrowska
CZŁONEK OC DS. MARKETINGU



Kajetan Krzak
CZŁONEK OC DS. MARKETINGU



Aleksander Dittman
CZŁONEK OC DS. REJESTRACJI



Mirjam Pierzyna
CZŁONEK OC DS. REJESTRACJI



Jakub Michalak
SEKRETARZ OC



Senastian Lechowski
CZŁONEK OC DS. TECHNICZNYCH



ISBN 978-83-8332-022-9

Informacje o naszych książkach
można znaleźć w witrynie internetowej
www.wydawnictwo.uni.opole.pl

ISBN 978-83-8332-022-9

