



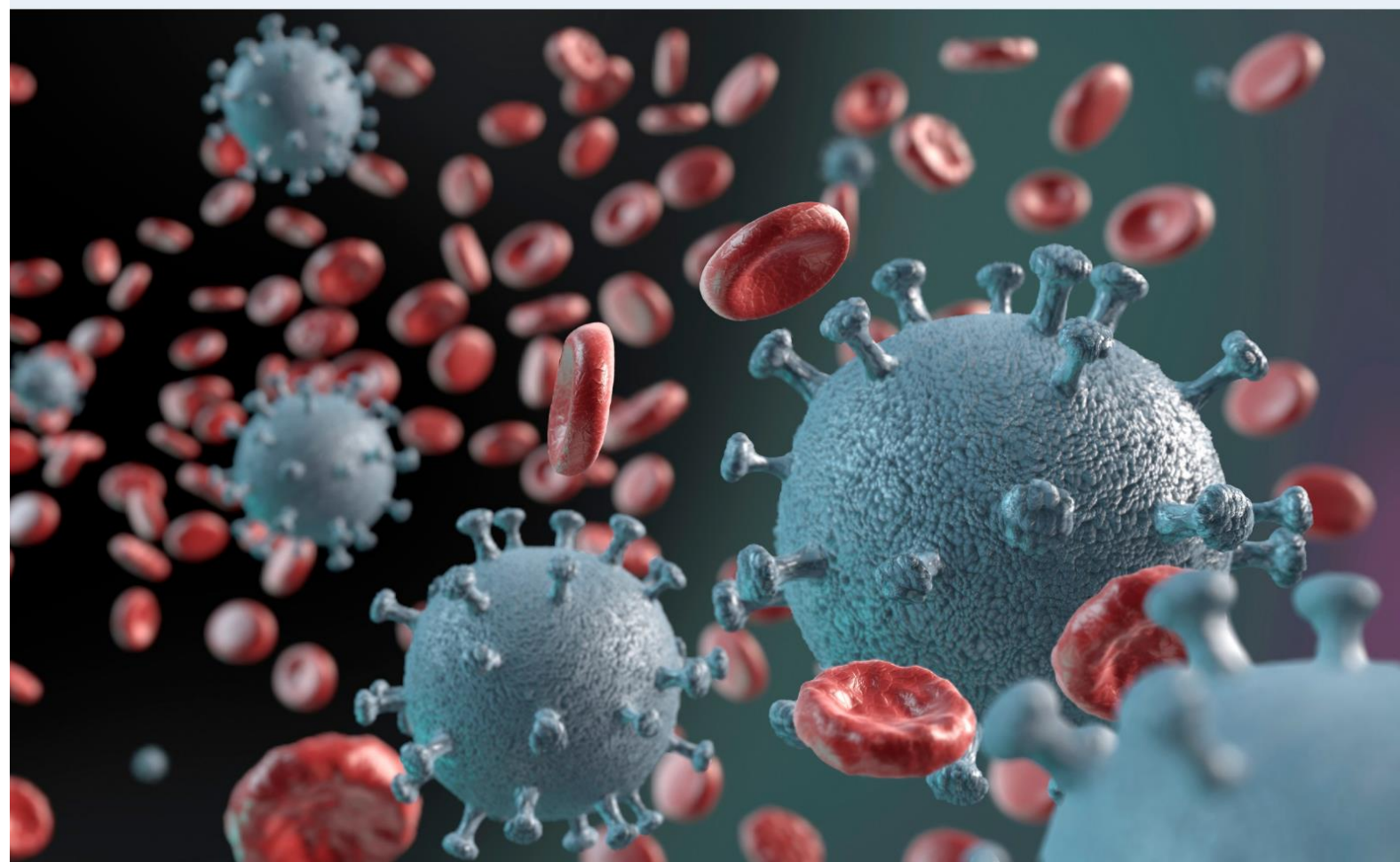
XV ZJAZD

NAUKOWO-SZKOLENIOWY

LEKARZY WARMII I MAZUR

6-7 LISTOPADA 2020

„MEDYCyna WARMII I MAZUR W CZASIE PANDEMII COVID-19”



DOM LEKARZA, OLSZTYN UL. ŻOŁNIERSKA 16C

ORGANIZATOR:

WARMIŃSKO-MAZURSKA IZBA LEKARSKA W OLSZTYNIE

WWW.WMIL.OLSZTYN.PL



**XV ZJAZD NAUKOWO – SZKOLENIOWY
LEKARZY WARMII I MAZUR
6 - 7 listopada 2020 r. (piątek – sobota)**

Temat wiodący Zjazdu:

**„Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii
COVID-19”**

Zjazd w formie on-line

Uczestnicy Zjazdu uzyskują punkty edukacyjne – zarówno referujący swoje prace lekarze i lekarze dentyści, jak i słuchacze.

Warunki uczestnictwa

WSTĘP WOLNY

Udział członków Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Zjeździe jest bezpłatny.
Link aktywacyjny udostępniony drogą mailową i na mediach społecznościowych.

Uczestnicy otrzymują certyfikat – punkty edukacyjne.

XV ZJAZD NAUKOWO-SZKOLENIOWY LEKARZY WARMII I MAZUR**„Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii Covid-19”**

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie, poza stałą szeroką ofertą szkoleniową dla członków w ramach kształcenia ustawicznego, organizuje regularne co kilka lat Zjazdy Naukowo-Szkoleniowe Lekarzy Warmii i Mazur, podczas których możemy zapoznać się z osiągnięciami koleżanek i kolegów z regionu. Tegoroczny zjazd jest już XV z tego cyklu.

Temat przewodni w roku pandemii nie mógł być inny : „Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii Covid-19”.

Zjazd odbędzie się w dniach 6-7 listopada 2020 po raz pierwszy online , gdyż sytuacja epidemiczna uniemożliwia tradycyjną formę w siedzibie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Jednak, pomimo ograniczeń, jak zwykle będzie okazją do podzielnia się doświadczeniem zawodowym z szerokim gronem koleżanek i kolegów z naszej izby lekarskiej.

Dziękujemy tym z Was, który znaleźli czas i nadsyłąli streszczenia i przygotowali wystąpienia do poszczególnych sesji naukowych Zjazdu Lekarzy Warmii i Mazur.

Głęboko wierzymy, że nadesłane propozycje staną się podstawą cennej dyskusji, a każda wymiana poglądów oraz zawodowych doświadczeń posłuży naszym pacjentom.

Zachęcamy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, członków Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej do aktywnego udziału w tym wydarzeniu.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
Prezes ORL WMIL
lek. dent. Anna Lella

Przewodniczący Komitetu Naukowego
Prorektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego,
Collegium Medicum
prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki





RAMOWY PROGRAM XV Zjazdu

Piątek 6.11.2020 godz. 16.00-19.00	16.00 – 16.15 Otwarcie XV Zjazdu Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Warmii i Mazur - Przewodniczący Komitetu Naukowego prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki , prorektor UWM, Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. - Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego – lek. dent. Anna Lella – Prezes ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Wystąpienia inauguracyjne: 16.15 – 16.45 „Działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego w związku z COVID-19” – dr n. med. Janusz Dzisko - Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie. pytania / dyskusja 16.45 – 17.15 „COVID-19 w regionie Warmii i Mazur” – dr n. med. Piotr Kocbach , konsultant wojewódzki ds. chorób zakaźnych. pytania / dyskusja / przerwa 17.15-17.30 SESJA I 17.30 – 18.45 Sesja dot. chorób układu oddechowego w dobie wirusa wywołującego COVID-19 Przewodnicząca sesji: dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM pytania/ dyskusja / przerwa 18.45-19.00
Sobota 7.11.2020 godz. 9.00-13.00	9.00 otwarcie drugiego dnia XV Zjazdu Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Warmii i Mazur SESJA II – Sesja dermatologiczna Przewodniczące sesji: dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, lek. dent. Anna Lella pytania / dyskusja / przerwa 10.10-10.30 SESJA III – Sesja interdyscyplinarna Przewodniczący sesji: lek. Piotr Siwik pytania / dyskusja / przerwa 11.10-11.30 SESJA IV – Sesja chirurgiczna Przewodniczący sesji: dr hab. n. med. Jadwiga Snarska, prof. UWM, dr n. med. Piotr Malinowski pytania / dyskusja / przerwa 12.30 Podsumowanie XV Zjazdu Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Warmii i Mazur „Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii Covid-19” Przewodniczący Komitetu Naukowego prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki , prorektor UWM, Collegium Medicum. Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego – lek. dent. Anna Lella – Prezes ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. ZAMKNIĘCIE XV ZJAZDU ok godz. 13.00

UWAGA ! Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie.

Szczegóły na www.wmil.olsztyn.pl



„Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii COVID-19”

Piątek, 6 listopada 2020 godz. 16.00 – 19.00

16.00 – 16.15 – Otwarcie XV Zjazdu Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Warmii i Mazur
- Przewodniczący Komitetu Naukowego – prof. dr hab. n. med. **Sergiusz Nawrocki**,
prorektor UWM, Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

- Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego – lek. dent. **Anna Lella** – Prezes ORL
Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie.

Wystąpienia inauguracyjne

16.15 – 16.45 „Działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie województwa
warmińsko-mazurskiego w związku z COVID-19” – dr n. med. **Janusz Dzisko** - Dyrektor
Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie.
Pytania / dyskusja

16.45 – 17.15 „COVID-19 w regionie Warmii i Mazur” – dr n. med. **Piotr Kocbach**,
konsultant wojewódzki ds. chorób zakaźnych.
Pytania / dyskusja



XV ZJAZD NAUKOWO – SZKOLENIOWY LEKARZY WARMII I MAZUR
6-7 listopada 2020 r.

temat wiodący: „Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii COVID-19”



**WYKAZ PRAC
ZAKWALIFIKOWANYCH
PRZEZ KOMITET NAUKOWY DO PREZENTACJI
NA XV ZJEŹDZIE NAUKOWO-SZKOLENIOWYM LEKARZY WARMII I MAZUR
(WG SESJI)**

CZAS WYSTĄPIENIA : 8' - REFERAT, 2'- NA DYSKUSJĘ (ŁĄCZNIE 10 minut)

UWAGA ! Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie.
Szczegóły na www.wmil.olsztyn.pl

**SESJA I****piątek, 6 listopada 2020
godz. 17.30 – 18.45****PULMONOLOGIA**

Sesji przewodniczy:

- **dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM**

1	lek. Luiza Grabowska-Skudlarz, dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM	"Zapalenie płuc - co dalej po wykluczeniu COVID-19"
2	dr n. med. Ewa Malinowska, dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM	"Diagnostyka różnicowa zmian radiologicznych w płucach w dobie COVID- 19. Przypadki chorych z Kliniki Pulmonologii SPZGiChP w Olsztynie"
3	lek. Dorota Rybarczyk	„19-letnia kobieta ze zmianami w rtg klatki piersiowej - opis przypadku”
4	dr n. med. Ewa Mirosława Wygonowska, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek, dr n. med. Ewa Malinowska, dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM	„Gronkowcowe zapalenie płuc jako powikłanie czyraka twarzy”



SESJA II

sobota, 7 listopada 2020
godz. 9.00 – 10.10

DERMATOLOGIA

Sesji przewodniczą:

- dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek
- lek. dent. Anna Lella

1	dr n. med. Joanna Rybak-d'Obyrn, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek	"Zmiany skórne w przebiegu COVID-19"
2	lek. Marta Kasprowicz-Furmańczyk, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek	"Zespoły paraneoplastyczne w dermatologii – na podstawie opisu przypadku"
3	lek. Paulina Klimek, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek	"Kiła - nadal aktualny problem diagnostyczny i terapeutyczny"
4	lek. Beata Wańczyk-Dręczewska	"Przedstawienie przypadku 82-letniej kobiety z masywnym zakażeniem świerzbem norweskim"
5	dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek	"Świerzb jak skutecznie rozpoznawać i leczyć w dobie lockdown"

**SESJA III****sobota, 7 listopada 2020
godz. 10.30 – 11.10****SESJA INTERDYSCYPLINARNA**

Sesji przewodniczy:

- **lek. Piotr Siwik**

1	lek. Łukasz Klepacki, dr n. med. Marek Kowalczyk, lek. Łukasz Dyśko, Anna Klepacka, lek. Patryk Zastawny, lek. Adrian Górski, lek. Oksana Klonowska, dr n. med. Wiesław Pesta, prof. dr hab. n. med. Marcin Mycko, dr hab. n. med. Leszek Gromadziński, prof. UWM prof. dr hab. n. med. Jerzy Gielecki, dr hab. n. med. Anna Żurada	"Typowe i nietypowe objawy zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Prezentacja siedmiu pacjentów z potwierdzoną chorobą COVID-19"
2	dr n. med. Artur Piktel, dr n. med. Janusz Gołota	"Wpływ epidemii COVID 19 na diagnostykę endoskopową najczęstszych nowotworów i stanów przednowotworowych przewodu pokarmowego"
3	Maria Latacz, dr hab. n. med. Jadwiga Snarska, prof. UWM dr hab. Anna Cieślińska, dr Ewa Fiedorowicz	"Badanie polimorfizmu pojedynczego nukleotydu Apal i TaqI w genie receptora witaminy D (VDR) u chorych z rakiem jelita grubego lub rakiem piersi"
4	dr n. med. Edyta Zomkowska, lek. Piotr Misiowiec, dr n. med. Magdalena Zakrzewska, lek. Katarzyna Zasadzińska, lek. Piotr Siwik	„Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego – aktualne możliwości diagnostyczne”

**SESJA IV****sobota, 7 listopada 2020
godz. 11.30-12.30****SESJA CHIRURGICZNA**

Sesji przewodniczą:

- dr hab. n. med. Jadwiga Snarska, prof. UWM
- dr n. med. Piotr Malinowski

1	dr n. med. Grzegorz Kulesza, dr n. med. Janusz Gołota, lek. Andrzej Jasiński, lek. Michał Kiliańczyk, lek. Rafał Szyrkarczuk	"Leczenie operacyjne raka płuc w dobie pandemii COVID-19"
2	dr n. med. Piotr Malinowski, lek. Bartosz Misiński	„Leczenie operacyjne wtórnej nadczynności przytarczyc w materiale Oddziału Chirurgii Ogólnej WSzS w Olsztynie”
3	lek. Bartosz Misiński dr n. med. Piotr Malinowski,	„Leczenie operacyjne pierwotnej nadczynności przytarczyc w materiale Oddziału Chirurgii Ogólnej WSzS w Olsztynie”
4	dr n. med. Maciej Sadowski, dr n. med. Monika Gulbinowicz-Gowkielewicz	"Czy mikrochirurgia jest potrzebna w szpitalu wielospecjalistycznym? Operacje rekonstrukcyjne z użyciem wolnych płatów z mikrozespoleniem naczyniowym w leczeniu nowotworów głowy i szyi oraz ran urazowych narządu ruchu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie"
5	lek. Tomasz Wieleszczyk, lek. Andrzej Tarasiuk, dr n. med. Piotr Malinowski	„Funkcjonowanie Poradni Leczenia ran przewlekłych przy Wojewódzkim Szpitalu specjalistycznym - pierwsze doświadczenia”
6	lek. Piotr Antoń, dr n. med. Piotr Malinowski	„Porównanie liczby pilnych przyjęć do Oddziału Chirurgii Naczyniowej w roku 2019 i 2020. Czy epidemia COVID-19 ma wpływ?”

ok godz. 13.00 Zamknięcie XV Zjazdu



Komitety Naukowy

XV Zjazdu Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Warmii i Mazur:

1. prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki – przewodniczący
2. prof. dr hab. n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz
3. dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM
4. dr n. med. Leszek Dudziński
5. dr hab. n. med. Leszek Gromadziński, prof. UWM
6. dr hab. n. med. Elżbieta Jarocka-Cyrta, prof. UWM
7. dr n. med. Piotr Kocbach
8. dr n. med. Maciej Michalak
9. prof. dr hab. n. med. Marcin Mycko
10. dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. UWM
11. dr hab. n. med. Jerzy Romaszko
12. dr hab. n. med. Jadwiga Snarska, prof. UWM
13. dr hab. n. med. Tomasz Waśniewski
14. dr hab. n. med. Dariusz Zadrozny, prof. UWM

Komitet Organizacyjny

XV Zjazdu Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Warmii i Mazur:

1. lek. dent. Anna Lella – przewodnicząca
2. dr n. med. Leszek Cichowski
3. lek. dent. Leszek Dudziński
4. lek. Józef Korbut
5. dr n. med. Piotr Malinowski
6. lek. Jarosław Parfianowicz
7. lek. Piotr Siwik
8. lek. Marta Szadurska-Noga
9. lek. Ewa Zakrzewska
10. lek. dent. Katarzyna Żółkiewicz-Kabać



**STRESZCZENIA PRAC NAUKOWYCH ZAKWALIFIKOWANYCH
PRZEZ KOMITET NAUKOWY
DO PREZENTACJI NA XV ZJEŹDZIE NAUKOWO-SZKOLENIOWYM
LEKARZY WARMII I MAZUR
(WG SESJI)**

1. Zapalenie płuc – co dalej po wykluczeniu Covid-19?

lek. Luiza Grabowska-Skudlarz, dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM

W dobie pandemii Covid-19 chory z dusznością spoczynkową, gorączką oraz zmianami zapalnymi w badaniach obrazowych płuc budzi podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2. Początkowo większość takich pacjentów była przyjmowana do szpitali jednoimiennych, gdzie przeprowadzano wstępną diagnostykę. W przypadku wykluczenia Covid -19 istotna jest dalsza diagnostyka i właściwe leczenie. Należy pamiętać, że nie zawsze zagęszczenia w mięszu płuc to zmiany zapalne.

78-letnia kobieta, wieloletnia palaczka tytoniu, została przyjęta do Kliniki Pulmonologii SPZGiChP w Olsztynie ze Szpitala w Ostródzie (jednoimiennego) w kwietniu 2020r. z rozpoznaniem prawostronnego zapalenia płuc po wykluczeniu zakażenia SARS-Cov-2. W wywiadzie utrzymujący się kaszel, narastająca duszność, gorączka i bóle w prawym podżebrzu. W rtg klatki piersiowej zagęszczenia mięszowe w całym prawym płucu. W badaniach laboratoryjnych wysokie wskaźniki stanu zapalnego i niewydolności krążenia, hipoksemiczna niewydolność oddechowa. Stwierdzono obecność antygenu Streptococcus pneumoniae w moczu. W wyniku leczenia antybiotykami uzyskano poprawę kliniczną i częściową regresję zmian radiologicznych z widocznym owalnym zacienieniem w płacie górnym prawego płuca. W TK klatki obraz sugerujący guz segmentu 2P, sięgający do wnęki i zespolony z masą patologiczną guzowo-węzłową w śródpierziu po stronie prawej. W toku dalszej diagnostyki wykonano bronchofiberoskopię, badanie EBUS z biopsją przytchawiczej masy guzowo-węzłowej oraz przezklatkową biopsję gruboigłową guza płuca prawego. Ostatecznie rozpoznano raka gruczołowego płuca prawego cT4N2M1b (przerzut do lewego nadnercza). Ze względu na wiek oraz choroby towarzyszące chora zakwalifikowana do radioterapii paliatywnej. Na proponowane leczenie chemioterapią nie wyraziła zgody. W kontrolnym badaniu TK klatki piersiowej w sierpniu 2020r. stwierdzono częściową regresję zmian w płucu i śródpierziu oraz progresję guzów w nadnerczach.. Chora pozostaje w stanie stabilnym pod opieką hospicjum domowego i Poradni Onkologicznej.

Zostaną omówione problemy związane z diagnostyką zapaleń płuc i chorób nowotworowych układu oddechowego w dobie Covid-19 oraz leczenia chorych w wieku podeszłym.

2. Diagnostyka różnicowa zmian radiologicznych w płucach w dobie COVID- 19.

Przypadki chorych z Kliniki Pulmonologii SPZGiChP w Olsztynie.

dr n. med. Ewa Malinowska, dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM

Pojawienie się nowej jednostki chorobowej, jaką jest COVID 19 stało się nowym wyzwaniem w diagnostyce różnicowej chorób płuc.

Celem pracy jest przedstawienie na przykładzie wybranych chorych hospitalizowanych w Klinice Pulmonologii jednostek chorobowych, w różnicowaniu których uwzględniono również COVID 19.

W pracy przedstawiono chorych ze zmianami w mięszu płuc mogącymi sugerować COVID -19 (przede wszystkim z obrazem w RTG i CT tzw. „matowej szyby”, zagęszczeń mięszowych i nacieków z powietrznym bronchogramem). Zaprezentowano wyniki badań (hist-pat, mikrobiologicznych, obrazowych), które pozwoliły ustalić rozpoznanie choroby.

UWAGA ! Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie.

Szczegóły na www.wmil.olsztyn.pl

W wyniku przeprowadzonej diagnostyki rozpoznano u poszczególnych chorych: nowotwór płuca, układowe zapalenie naczyń, idiopatyczne nadciśnienie płucne, organizujące się zapalenie płuc towarzyszące chorobie Crohna, zapalenie płuc o etiologii *Streptococcus pneumoniae* i wreszcie COVID 19.

Nowa jednostka chorobowa, jaką jest COVID -19, jest przyczyną trudności diagnostycznych u chorych z objawami ze strony układu oddechowego i zmianami w miąższu płuc w badaniach radiologicznych. Wynika to z jednej strony ze specyfiki nowej choroby, jej dużej zakaźności, rygorów epidemiologicznych w postępowaniu z chorymi. Z drugiej strony przebieg kliniczny COVID-19 jest często podobny do wielu innych chorób. Dotyczy to zarówno objawów podmiotowych i przedmiotowych, jak i zmian w obrazie radiologicznym płuc. Co więcej, wymienione w pracy choroby mogą z COVID- 19 współistnieć.

3. 19-letnia kobieta ze zmianami w rtg klatki piersiowej - opis przypadku.

lek. Dorota Rybarczyk

19-letnia kobieta z wywiadem FAS, do tej pory chorująca na chorobę Graves – Basedowa, hirsutyzm zgłosiła się do Lekarza Rodzinnego z niespecyficznymi dolegliwościami – kaszel, ogólne osłabienie, okresowe stany podgorączkowe. Wobec pandemii koronawirusa odbyła się teleporada. Zastosowano antybiotykoterapię empiryczną, nieskutecznie. Wykonano rtg klatki piersiowej, pomimo wykonanego około 3-4 miesięcy wcześniej tego samego badania – wówczas – bez odchyleń. W rtg klatki piersiowej uwidoczniono masę guzową zlokalizowaną w płucu lewym, z widocznym przejaśnieniem w części centralnej, opisywano powiększoną sylwetkę serca.

Pacjentka została skierowana do Kliniki Pulmonologii Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruzlicy i Chorób Płuc z podejrzeniem guza bądź ropnia płuca.

W wywiadzie od 02.2020 – uczucie „zatkania” nosa – w 06.2020 wykonano TK zatok – masywne masy miękkotkankowe całkowicie wypełniające zatoki szczękowe i sitowie przednie. Przy przyjęciu pacjentka nie gorączkowała, zgłaszała suchy kaszel, pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego. W badaniach laboratoryjnych podwyższone stężenie CRP. Wykonano TK klatki piersiowej, gdzie potwierdziło się podejrzeniem ropnia płuca lub guza z rozpadem, do diagnostyki sugerowano wzięcie pod uwagę infekcji *M. tuberculosis*. Wobec powiększonej sylwetki serca w rtg kłp wykonano echokardiografię – opisano 12 mm płynu w worku osierdziowym. Wykonano bronchofiberoskopię – pobrano wymaz szczoteczkowy celowany wg opisu Tk – nie uzyskano rozpoznania. Z posiewu popłuczyn oskrzelowych badanie w kier. *M. tuberculosis* – ujemne, flora bakteryjna fizjologiczna. Wykonano przeciwciała ANA, ANCA. Uzyskano dodatni +++ wynik w kierunku peroksydazy 3, z mianem przeciwciał cANCA 1:10. Dążono do rozpoznania histopatologicznego – pobrano wycinek z błony śluzowej nosa.

Zastosowane leczenie empirycznie ropnia opłucnej nie dało wymiernych efektów. Obraz rtg klatki piersiowej pozostawał stabilny. Wobec silnie dodatnich przeciwciał w kierunku peroksydazy 3, wyniku badania histopatologicznego - rozpoznano ziarniakowatość z zapaleniem naczyń. Włączono leczenie.

4. Gronkowcowe zapalenie płuc jako powikłanie czyraka twarzy

dr n. med. Ewa Mirosława Wygonowska, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek, dr n. med. Ewa Malinowska, dr hab. n. med. Anna Doboszyńska, prof. UWM

Zakażenia wywołane gronkowcem (*Staphylococcus aureus*) mogą mieć charakter infekcji miejscowych lub uogólnionych. Do najczęstszych zakażeń miejscowych zalicza się: liszajec zakaźny, zapalenie mieszków włosowych, czyraki, czyraczność, oraz ropnie. Z kolei zapalenie tkanki podskórnej, powięzi oraz róża, należą do rzadszych zakażeń miejscowych wywołanych przez gronkowce ale towarzyszą im burzliwe objawy ogólne.

Autorzy przedstawiają przypadek 25 letniej kobiety z czyrakiem okolicy żuchwy strony prawej, u której rozwinęło się zapalenie tkanki podskórnej tej okolicy a następnie ropne zapalenia płuc z licznymi ropniami i wysiękowym zapaleniem opłucnej.

Dwudziestopięcioletnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Dermatologii z powodu narastającego od kilku dni bolesnego obrzęku policzka, żuchwy i brody. Mimo intensywnego leczenia parenteralnego antybiotykiem i poprawy stanu miejscowego obserwowano u pacjentki powikłanie w postaci ropnego gronkowcowego zapalenia płuc z wysiękowym zapaleniem opłucnej. Z płynu w jamie opłucnej wyhodowano gronkowca szczep MRSA.

Zapalenie płuc zwykle rozwija się w wyniku aspiracji drobnoustroju z górnych dróg oddechowych lub przez krew. Występują częściej u pacjentów hospitalizowanych, wentylowanych mechanicznie, z obniżoną odpornością, a także u pacjentów z mukowiscydozą, zespołem hiper-IgE oraz w okresach epidemii grypy. Złe warunki higieniczne, bliski kontakt, skażony materiał i uszkodzona skóra to niektóre z czynników ryzyka rozprzestrzeniania się zakażenia MRSA w populacji nie hospitalizowanych pacjentów. U naszej pacjentki takim czynnikiem predysponującym był alkohol oraz próba samodzielnego usunięcia ropnej zmiany w warunkach niehigienicznych. Duże znaczenie miało również spowodowane sytuacją epidemiologiczną późne wdrożenie odpowiedniego leczenia (po kilkunastu dniach od pojawienia się objawów czyraka).

Należy pamiętać, że zakażenia skóry mogą prowadzić do powikłań w postaci gronkowcowego zapalenia płuc. Jest to stan zagrażający życiu, dlatego ważne jest wczesne wdrożenie antybiotykoterapii w przypadku zakażeń skóry spowodowanych gronkowcami, szczególnie jeśli zakażenie dotyczy twarzy oraz głębszych warstw skóry i tkanki podskórnej.

5. Zmiany skórne w przebiegu COVID-19

dr n. med. Joanna Rybak-d'Obyrn, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek

Objawy skórne w przebiegu infekcji wirusowych są dobrze znane zarówno zakaźnikom jak i dermatologom. Od momentu wybuchu epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, obserwowane są również zmiany skórne towarzyszące chorobie COVID-19, wśród nich charakterystyczna postać odmrozinopodobna (akralna) tzw. „COVID toes”, osutka plamisto-grudkowa (odropodobna), pokrzywkopodobna, pęcherzykowa, przypominająca rumień wielopostaciowy, zmiany naczyniowe i inne. Niektóre z tych zmian skórnych pojawiają się przed pierwszymi objawami związanymi z infekcją COVID-19, co sugeruje, że mogą one stanowić wartość diagnostyczną lub prognostyczną tej infekcji.

6. Zespoły paraneoplastyczne w dermatologii – na podstawie opisu przypadku

lek. Marta Kasprowicz-Furmańczyk, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek, dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek

Skórne zespoły paraneoplastyczne są definiowane jako zmiany skórne towarzyszące procesom nowotworowym, ale bez jednoznacznego powiązania z pierwotnym nowotworem lub przerzutami. Przyczyny zespołów paraneoplastycznych nie zostały w pełni poznane. Prawdopodobnie wynikają z dwóch głównych mechanizmów: pierwszy, zależny od nieprawidłowego wydzielania hormonów i cytokin, drugi, związany z wytwarzaniem przeciwciał skierowanych przeciw nowotworowi, oddziałujących dodatkowo na składowe prawidłowych tkanek. Większość skórnych zespołów paraneoplastycznych ustępuje po wdrożeniu leczenia nowotworu jednak mogą nawrócić w przypadku przerzutów lub jako wczesny objaw nawrotu choroby nowotworowej.

Świadomość istnienia zespołów paraneoplastycznych jest niezwykle ważna, ponieważ są one istotnymi klinicznymi markerem, mogącymi poprzedzać (najczęściej), pojawiać się równocześnie lub już po postawieniu rozpoznania nowotworu.

W dermatologii wiele jednostek chorobowych może sugerować toczący się w organizmie proces nowotworowy. Prezentowany przez nas przypadek dotyczy 72-letniego

Pacjenta z neutrofilowym zapaleniem grzbietów rąk – chorobą silnie powiązaną z wystąpieniem nowotworów. Po pogłębieniu diagnostyki stwierdzono chorobę rozrostową, zlokalizowaną w prawym płucu. Obecność charakterystycznych zmian skórnych pozwoliła na szybkie rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej u opisywanego pacjenta.

Rozpoznanie schorzeń, które zawsze lub prawie zawsze towarzyszą nowotworom uprawnia lekarza do przeprowadzenia wczesnej diagnostyki i wdrożenia leczenia. Działanie to ma na celu zwiększenie szans na wyleczenie oraz uzyskanie dłuższej przeżywalności pacjenta.

7. Kiła – nadal aktualny problem diagnostyczny i terapeutyczny

*lek. Paulina Klimek, prof. dr hab. n. med. Waldemar Juliusz Placek,
dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek*

Kiła to ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywołwana przez krętka bladego. Choroba ma przewlekły przebieg i niezwykle bogatą symptomatologię, a zakażenie się nią jest możliwe drogą kontaktów seksualnych, przełożyskową oraz krwionośną. Choroba często współistnieje z innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, ze szczególnym uwzględnieniem zakażenia HIV. Przedstawienie bogatej symptomatologii zakażenia kiłą na podstawie opisu przypadku.

34-letni mężczyzna przyjęty do Kliniki Dermatologii z powodu podejrzenia kiły współistniejącej z zakażeniem HIV. Trzy miesiące przed przyjęciem hospitalizowany na Oddziale Chirurgii Ogólnej, gdzie zgłosił się w trybie pilnym z powodu silnych dolegliwości w okolicy pachwinowej prawej związanych z powiększeniem węzłów chłonnych. Wówczas rozpoznano infekcję wirusem HIV.

Pacjent zgłaszał okresowe bóle głowy oraz pojawienie się stulejki od kilku miesięcy. Negował inne choroby przewlekłe. W badaniu przedmiotowym przy przyjęciu do Kliniki Dermatologii obserwowano rozsiane zmiany grudkowo-krostkowe na tułowiu, osutkę plamistą z kołnierzykowatym złuszczeniem w obrębie dłoni i podeszew stóp, zmiany guzkowe, rumień i obrzęk w obrębie moszny, kłykciny płaskie wokół odbytu, liczne nadżerki na śluzówkach jamy ustnej oraz obustronną limfadenektomię pachwinową. Na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i analizy odczynów serologicznych rozpoznano kiłę wczesną. Ze względu na nawrotowe bóle głowy zdecydowano o nakłuciu lędźwiowym i pobraniu płynu mózgowo-rdzeniowego celem wykluczenia kiły ośrodkowego układu nerwowego. W leczeniu zastosowano penicylinę krystaliczną przez 10 dni oraz intensywne leczenie miejscowe obserwując znaczną poprawę w zakresie zmian skórnych.

Kiła jest chorobą przenoszoną drogą płciową o bogatej symptomatologii. Nadal odnotowuje się nowe przypadki zachorowań, a w ostatnich latach zaobserwowano nawet wzrost częstości występowania kiły. Wynika to z faktu zaprzestania wykonywania badań przesiewowych, często utajonego lub skąpoobjawowego przebiegu schorzenia, a w przypadku kiły objawowej, upodabniania się tej jednostki chorobowej do szeregu innych schorzeń. Proces diagnostyczny i terapeutyczny nierzadko wymaga zaangażowania lekarzy wielu specjalności.

8. Przedstawienie przypadku 82-letniej kobiety z masywnym zakażeniem świerzbem norweskim

lek. Beata Wańczyk-Dręczewska

Świerzb jest dermatozą wywołwaną przez gatunek zewnątrz Pasożytniczego roztocza *Sarcoptes scabiei*. Charakterystyczny obraz nie stwarza trudności diagnostycznych i terapeutycznych, jednak infestacja może także przebiegać atypowo. Świerzb norweski jest rzadką, lecz najcięższą i wysoce zakaźną odmianą choroby.

Przedstawienie przypadku 82-letniej kobiety z masywnym zakażeniem świerzbem norweskim, która z powodu licznych obciążeń i złego stanu ogólnego wymagała interdyscyplinarnego leczenia zarówno dermatologicznego jak i internistycznego.

82-letnia kobieta została przekazana do Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii z Oddziału Chorób Wewnętrznych z powodu nasilonych zmian skórnych. grudkowym, z licznymi przeczosami. Ponadto obecne były nasilone zlewne zmiany w postaci hiperkeratotycznych nawarstwień żółtoszarych mas, szczególnie na kończynach i na twarzy, w zakresie których widoczne były linijne głębokie pęknięcia z ropną wydzieliną. Pacjentka zgłaszała świąd i dolegliwości bólowe w okolicach zmian skórnych. Zastosowano intensywne leczenie ogólne jak i miejscowe, obserwując znaczne pogorszenie stanu ogólnego z epizodami hipoglikemii i anurią. Pacjentka została przekazana ponownie do Oddziału Chorób Wewnętrznych, gdzie osiągnięto wyrównanie stanu ogólnego Pacjentki oraz ustąpienie zmian skórnych.

Świerzb norweski jest chorobą całkowicie uleczalną, jednak kluczowa jest umiejętność jej rozpoznania i odpowiedniego leczenia, co zapobiega dalszemu rozprzestrzenianiu choroby. Diagnostyka jest utrudniona z powodu niecharakterystycznego obrazu klinicznego.

9. Świerzb jak skutecznie rozpoznawać i leczyć w dobie lockdown

dr hab. n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek, prof. UWM

Problemy związane ze stałym szerzeniem się zakażenia świerzbem spowodowane są często nierozpoznawaniem chorób oraz niewłaściwym lub nieskutecznym leczeniem. Wyjazdy wakacyjne, podróże służbowe, a nawet przyjęcie na oddział szpitalny lub do domu opieki społecznej, sprzyjają występowaniu ognisk endemicznych. W dobie lockdown Covid-19 brak właściwego rozpoznania i nieprawidłowe leczenie (stosowanie glikokortekosteroidów) powodują rozszerzanie się zakażenia na innych członków rodziny i rozwój dawno niewidzianych, ciężkich postaci, jak świerzb norweski.

Istnieje potrzeba szkolenia lekarzy rodzinnych celem właściwego rozpoznania tej nadal popularnej jednostki chorobowej.

W prezentacji przedstawiono przypadki klasyczne, jak i sprawiające trudności diagnostyczne, omówiono metody diagnostyczne oraz aktualne zalecenia terapeutyczne.

Świerzb oprócz klasycznego obrazu klinicznego może występować w kilku formach klinicznych (guzkowy, pęcherzowy, norweski), różniąc się w zależności od wieku pacjenta (dzieci, osoby starsze), stylu życia (*scabies of the cleanly*), lub stosowanego leczenia kortykosteroidami (*scabies incognito*).

Choroba posiada swoje charakterystyczne cechy, których nieznanomość może utrudniać rozpoznanie:

- nasilający się świąd po rozgrzaniu ciała, szczególnie w porze nocnej,
- zmiany obecne na powierzchni dłoniowej rąk i podeszwowych stóp, zokolic narządów płciowych, zwykle z zaoszczędzeniem pleców, skóry owłosionej głowy i twarzy;
- wykwity w postaci zmian pęcherzykowych, grudkowych, krostkowych oraz guzków;
- pojawianie się zmian chorobowych u innych członków rodziny.

Wnioski: zastosowanie prawidłowego algorytmu diagnostycznego i leczenia ograniczy rozprzestrzenianie się zakażenia.

10. Typowe i nietypowe objawy zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Prezentacja siedmiu pacjentów z potwierdzoną chorobą COVID-19

lek. Łukasz Klepacki, dr n.med. Marek Kowalczyk, lek. Łukasz Dyśko, lek. Anna Klepacka, lek. Patryk Zastawny, lek. Adrian Górski, lek. Oksana Klonowska, dr n.med. Wiesław Pesta, prof. dr hab. n. med. Marcin Mycko, dr hab. n. med. Leszek Gromadziński, dr hab. n. med. Jerzy Gielecki, dr hab. n. med. Anna Żurada

Koronawirusy charakteryzują się specyficznym tropizmem do komórek układu oddechowego. Wirus SARS-CoV-2 wywołuje ostrą chorobę zakaźną układu oddechowego. Choroba została po raz

pierwszy rozpoznana i opisana w grudniu 2019, w środkowych Chinach (Wuhan). Standardową metodą diagnozowania zakażenia jest test RT-PCR, wykonywany z wymazu z nosogardzieli lub płwociny.

Ukazanie różnych objawów infekcji SARS-CoV-2.

Siedmiu pacjentów z potwierdzonym w RT-PCR SARS-CoV-2. Przypadek kliniczny 1: 48-letni mężczyzna z objawami infekcji dróg oddechowych (IDO), utratą przytomności, gorączką, podwyższonym CRP, pierwszym ujemnym, drugim dodatnim testem RT-PCR oraz typowymi zmianami w tomografii komputerowej (CT). Przypadek kliniczny 2: 77-letni mężczyzna z objawami IDO, po zasłabnięciu, gorączką, podwyższonym CRP, limfopenią, dodatnim testem RT-PCR. Przypadek kliniczny 3: 71-letnia kobieta z objawami osłabienia, odwodnienia, biegunki, limfopenią, zmianami zapalnymi w RTG płuc, dodatnim testem RT-PCR. Przypadek kliniczny 4: 75-letnia kobieta po napadzie padaczkowym, z niedowładem połowicznym, limfopenią, trzykrotnie dodatnim testem RT-PCR. Przypadek kliniczny 5: 66-letnia chora z chwilową utratą przytomności, limfopenią, małopłytkowością. Dwukrotnie wykonano test RT-PCR, który był dodatni. Przypadek kliniczny 6: 53-letnia chora z nawracającymi parastezjami prawostronnymi. Wykonano dwa testy RT-PCR pierwszy niepewny, drugi dodatni. Przypadek kliniczny 7: 65-letnia kobieta z bólami brzucha wodnistą biegunką, nudnościami, wymiotami, limfopenią. Drugim dodatnim testem RT-PCR oraz obrazem mleczej szyby w CT.

Do typowych objawów choroby zalicza się gorączkę, suchy kaszel, zmęczenie i płytki oddech. Mniej częste objawy to: biegunka, ból gardła, katar oraz kichanie. W badaniach laboratoryjnych występuje limfopenia, leukopenia, wzrost stężenia markerów zapalnych, małopłytkowość, przedłużenie APTT. W CT widoczny obraz matowej szyby w obu płucach.

W prezentowanych przez nas przypadkach najczęstszymi objawami były objawy infekcji dróg oddechowych (kaszel, gorączka, zmiany w badaniach obrazowych) – co potwierdzają aktualne dane z literatury medycznej. W przedstawianych przypadkach występowały również inne grupy objawów charakterystyczne dla infekcji SARS-CoV-2: nerwowo-mięśniowe, brzuszne. Zmiany w obrazie CT mogą zostać stwierdzone wcześniej niż przed dodatnim testem RT-PCR.

11. Wpływ epidemii COVID 19 na diagnostykę endoskopową najczęstszych nowotworów i stanów przednowotworowych przewodu pokarmowego

dr n.med. Artur Piktel, dr n. med. Janusz Gołota

Nowotwory przewodu pokarmowego to grupa zróżnicowanych jednostek chorobowych mających znaczący udział w statystyce zachorowań i zgonów. Rak jelita grubego zajmuje drugie miejsce w częstości zachorowań wśród kobiet i trzecie miejsce wśród mężczyzn, jest jednocześnie drugą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn i trzecią u kobiet. Rak żołądka zajmuje co do częstości piąte miejsce u mężczyzn i dziewiąte u kobiet i jest na czwartym miejscu w przypadku mężczyzn i szóstym miejscu w populacji kobiet jako przyczyna zgonów z powodu nowotworów. Rak jelita grubego najczęściej rozwija się na bazie polipów, których wykrywanie i usuwanie stanowi istotny element zapobiegania powstania i rozwoju tego groźnego nowotworu. Wcześniej i właściwie przeprowadzone badania diagnostyczne stanowią podstawą do wykrycia mniej zaawansowanej postaci raka przewodu pokarmowego, co ma wpływ na możliwość skutecznego leczenia.

W niniejszej pracy przedstawiono wpływ ograniczeń związanych z pandemią SARS CoV-2 na diagnostykę endoskopową nowotworów i stanów przednowotworowych przewodu pokarmowego wśród pacjentów diagnozowanych w Ars Medica Sp z o.o w Olsztynie.

Materiał i metody. Przeanalizowano ilość przeprowadzonych gastrokopii i kolonoskopii, ilość wykrytych przypadków raka jelita grubego, żołądka, stanów przednowotworowych – polipów jelita grubego w okresie trwania ograniczeń epidemicznych tj 03.2020 – 09.2020, a następnie uzyskane wyniki porównano z analogicznym okresem w latach 2018 i 2019. Przeanalizowano i porównano strukturę płci i wieku, a także objawy kliniczne osób diagnozowanych w w/w okresach.

12. Badanie polimorfizmu pojedynczego nukleotydu Apal i Taql w genie receptora witaminy D (VDR) u chorych z rakiem jelita grubego lub rakiem piersi

Maria Latacz, prof. dr hab. n. med. Jadwiga Snarska

Kalcytriol, czyli biologicznie aktywna postać witaminy D, bierze udział w regulacji wielu ważnych dla komórki procesów, przez co potencjalnie może minimalizować ryzyko rozwoju nowotworu albo hamować progresję istniejącego już guza. Kalcytriol po związaniu z jądrowym receptorem (Vitamin D Receptor, VDR) działa jako czynnik transkrypcyjny. VDR jest obecny w większości komórek, a gen VDR ulega ekspresji także w komórkach jelita grubego oraz gruczołu piersiowego.

W wielu opracowaniach naukowych korelowano polimorfizmy Apal (rs7975232) i Taql (rs731236) z wybranymi nowotworami złośliwymi, ale zależności te nadal wymagają potwierdzenia i dalszych badań.

Celem niniejszej pracy było określenie związku pomiędzy polimorfizmami Apal oraz Taql w genie receptora witaminy D a rakiem jelita grubego lub rakiem piersi.

Polimorfizm oceniono u 189 chorych z rozpoznaniem nowotworem złośliwym (88 – rak piersi, 101 - rak jelita grubego) oraz u 149 zdrowych osób. Materiał genetyczny wyizolowano z komórek krwi obwodowej, a genotypowanie odbyło się przy pomocy metody PCR-RFLP. Analizy statystyczne przeprowadzono z użyciem oprogramowania GraphPad Prism z wartością $p \leq 0.05$ uznawaną za istotną statystycznie.

Uzyskane wyniki badań pozwoliły stwierdzić, że allel A w miejscu polimorficznym Apal zmniejszał prawie dwukrotnie szansę wystąpienia raka jelita grubego (OR=1.651, 95%CI: 1,01-2,69, $p=0,0441$), natomiast jeszcze silniejszy związek wykazano pomiędzy tym nowotworem a allelem T w Taql (OR=2.335, 95%CI: 1,52-3,58, $p=0,0001$). Porównanie genotypów potwierdziło także ochronny wpływ genotypu TT względem Tt i tt (TT vs Tt: OR=2.251, 95%CI: 1,28-3,97, $p=0,0051$; TT vs tt: OR=2.519, 95%CI: 1,08-5,85, $p=0,0318$). Podobnie było w przypadku raka piersi, gdzie allel T występował ponad dwa razy częściej w grupie kontrolnej niż u chorych kobiet (OR=2.46, 95%CI 1,20-5,03, $p=0,0137$).

Otrzymane wyniki sugerują możliwy związek między występowaniem polimorfizmów w genie receptora VDR, a zachorowalnością na raka grubego i raka piersi.

13. Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego - aktualne możliwości diagnostyczne

dr n. med. Edyta Zomkowska, lek. Piotr Misiowiec, dr n.med. Magdalena Zakrzewska, lek. Katarzyna Zasadzińska, lek. Piotr Siwik

Choroby naczyniowe mózgu stanowią wieloprzyczynową grupę schorzeń naczyń mózgowych, której następstwem jest uszkodzenie tkanki mózgowej. Najczęstszym powikłaniem chorób naczyniowych mózgu jest **udar mózgu** (*apoplexia cerebri*). Udar mózgu z kolei stanowi najczęstszą przyczyną dysfagii neurogennej. Zaburzenia połykania mogą występować u ponad 50% (nawet do 80%) chorych w ostrym okresie udaru mózgu. U 20% chorych dochodzi do powikłań aspiracyjnych,

z których najgroźniejszym jest zachłystowe zapalenie płuc.

Ocena metod diagnostycznych zaburzeń połykania pacjentów po incydentach udarowych hospitalizowanych na Oddziale Klinicznym Rehabilitacji Neurologicznej USK w Olsztynie.

Do oceny zaburzeń połykania w naczyniopochodnych uszkodzeniach mózgowia zastosowaliśmy zarówno badania przesiewowe (subiektywne testy połykania-GUSS), jak i inwazyjne/instrumentalne – badanie FEES (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing) oraz nowatorską czynnościową metodę diagnostyczną, z wykorzystaniem tomografii stożkowej (CBCT).

Dysfagia neurogenna jest stosunkowo często stwierdzanym objawem u pacjentów po przebyciu CVA w fazie podostrej i przewlekłej (wywiad 46,92%; GUSS 58,02%; FEES 18,52%). Najczęściej była ona stwierdzana w okresie 14 do 30 dni od czasu wystąpienia udaru. Dysfagię ciężką (związaną z niemą aspiracją) w badaniu FEES stwierdzono u 7,41 % badanych pacjentów.

Istotne jest wczesne rozpoznanie zaburzeń połykania na poziomie różnych faz oraz szybkie wdrożenie postępowania rehabilitacyjnego i modyfikacji diety.

Dokładna diagnostyka dysfagii znacznie zmniejsza ryzyko powikłań pulmonologicznych, w tym aspiracji treści pokarmowych do dróg oddechowych, co bezpośrednio prowokuje zachłystowe zapalenia płuc. FEES, obok badań VFSS oraz CBCT, jest stosunkowo prostym i bezpiecznym dla pacjenta badaniem uwidaczniającym tzw. cichą/niemą aspirację. Badanie FEES powinno być badaniem "z wyboru" w ocenie dysfagii u pacjentów neurologicznych, zarówno w fazie ostrej, podostrej, jak i przewlekłej naczyniopochodnego uszkodzenia mózgowia i powinno być dostępne w każdym oddziale udarowym.

14. Leczenie operacyjne raka płuc w dobie pandemii COVID-1

dr n.med.. Grzegorz Kulesza; dr n.med. Janusz Gołota, lek. Andrzej Jasiński, lek. Michał Kiliańczyk, lek. Rafał Szykarczuk

Rak Płuca (RP) jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u mężczyzn i drugim pod względem występowania u kobiet. To zróżnicowana grupa nabłonkowych nowotworów złośliwych, które rozwijają się w płucach. Rak płuca szerzy się infiltrując miąższ płuca tworząc słabo ograniczone guzy, drogami chłonnymi oraz dając przerzuty odległe. Najskuteczniejszym sposobem leczenia jest radykalne leczenie operacyjne. Metoda ta jest jednak stosowana u pacjentów w niskim stopniu zaawansowania miejscowego, co stanowi około 16% pacjentów z postawionym rozpoznaniem. W przypadkach nieoperacyjnych leczenie paliatywne polega na zachowaniu drożności dróg oddechowych, ograniczeniu gromadzenia się płynu w jamie opłucnej i zachowaniu drożności przełyku.

W niniejszym artykule przedstawiono wpływ ograniczeń związanych z pandemią SARS CoV-2 na leczenie operacyjne raka płuc w Klinicznym Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie

Przeanalizowano ilość przeprowadzonych operacji wykonanych z intencją leczenia radykalnego oraz leczenia paliatywnego raka płuc w okresie od 1.01.2020 do 30.09.2020. Wyniki porównano z analogicznym okresem w latach 2018 i 2019. Porównano techniki operacyjne wykorzystane w roku 2020 i w latach poprzednich.

W okresie od 1.01.2020 do 30.09.2020 roku wykonano 315 operacji. U 67 pacjentów z rozpoznaniem rakiem płuc wykonano resekcje anatomiczne obejmujące resekcję płata lub pneumonektomię, w tym 48 (72%) operacji z wykorzystaniem techniki VATS. Leczenie paliatywne obejmowało założenie stentu tchawiczego u 14 pacjentów, u 10 pacjentów w przebiegu raka płuca z powodu dysfagii/afagii założono stent przełykowy.

Ograniczenia związane z pandemią COVID-19 nie miały wpływu na operacyjne leczenie raka płuca w województwie warmińsko-mazurskim.

15. „Leczenie operacyjne wtórnej nadczynności przytarczyc w materiale Oddziału Chirurgii Ogólnej WSzS w Olsztynie”.

dr n. med. Piotr Malinowski, lek. Bartosz Misiński

Wtórna nadczynność przytarczyc do stan nadmiernego wydzielania parathormonu (PTH) przez przytarczycy w odpowiedzi na hipokalcemię najczęściej jest spotykany u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. U chorych dochodzi do rozrostu wszystkich gruczołów przytarczycznych. Leczenie zachowawcze jest stosowane, jednakże nie jest wystarczająco skuteczne u wszystkich chorych.

Leczenie operacyjne polega na subtotałnym wycięciu wszystkich gruczołów przytarczycznych, lub całkowitym wycięciu wszystkich gruczołów z jednoczesową autotranslantacją fragmentu tkanki jednego z gruczołów.

W pracy omówiono problemy z lokalizacją gruczolów przytarczycznych, wyniki leczenia operacyjnego wczesne i odległe oraz powikłania związane z leczeniem operacyjnym.

16. Leczenie operacyjne pierwotnej nadczynności przytarczyc w materiale Oddziału Chirurgii Ogólnej WSzS w Olsztynie

lek. Bartosz Misiński, dr n. med. Piotr Malinowski

Pierwotna nadczynność przytarczyc jest stanem wzmoczonego wydzielania parathormonu (PTH) przebiegający z hiperkalcemią. Przyczyną jest zwiększona produkcja PTH przekraczająca potrzeby organizmu i zmniejszona wrażliwość komórek gruczołu na zwiększone stężenie wapnia w surowicy. Pierwotna nadczynność przytarczyc jest chorobą stosunkowo rzadką. Zapadalność wynosi 4-6 osób na 100 000 rocznie. Różnorodne objawy powodują, że mogą spotkać się z nią lekarze różnych specjalizacji.

W pracy omówiono problemy z lokalizacją gruczolów przytarczycznych, wyniki leczenia operacyjnego wczesne i odległe oraz powikłania związane z leczeniem operacyjnym.

17. Czy mikrochirurgia jest potrzebna w szpitalu wielospecjalistycznym? Operacje rekonstrukcyjne z użyciem wolnych płatów z mikrozespoleniem naczyniowym w leczeniu nowotworów głowy i szyi oraz ran urazowych narządu ruchu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

dr n. med. Monika Gulbinowicz-Gowkielewicz, dr n. med. Maciej Sadowski

Jednym z problemów współczesnej chirurgii onkologicznej, w tym chirurgii głowy i szyi jest powstawanie dużych ubytków tkanek w następstwie resekcji guza. Współczesna onkologia pozwala na leczenie pacjentów z nowotworami znacznie zaawansowanymi miejscowo. Rozległe rany, przetoki między drogą pokarmową a oddechową powstają zarówno w wyniku operacji usunięcia guza, jak i w wyniku radioterapii.

Otwarte złamania powikłane bywają zakażeniem kości z przetokami ropnymi, odcinkową martwicą kości lub uniemożliwiający wygojenie ekspozycją kości i ścięgien w wyniku urazowego ubytku powłok występują u pacjentów po przebytych urazach narządu ruchu.

Zastosowanie technik chirurgii rekonstrukcyjnej pozwala na naprawę rozległych ubytków tkankowych poprzez przeszczepienie wolnych unaczynionych płatów tkankowych z mikrochirurgicznymi zespoleniami naczyniowymi.

Prezentacja możliwości zastosowania technik chirurgii rekonstrukcyjnej i mikrochirurgicznych zespolen naczyniowych u pacjentów leczonych z powodu nowotworu głowy i szyi oraz z powodu urazów narządu ruchu na podstawie zabiegów przeprowadzonych u pacjentów WSzS w Olsztynie. Prezentacja możliwości funkcjonowania zespołu mikrochirurgicznego na terenie współczesnego szpitala wielospecjalistycznego.

Zespół mikrochirurgiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego wykonał operacje u trojga pacjentów leczonych z powodu guzów głowy i szyi, w tym trzy rekonstrukcje płatem promieniowym przedramienia i u czworga pacjentów z powikłanymi ranami urazowymi układu ruchu, w tym rekonstrukcję kości promieniowej płatem strzałkowym, dwie rekonstrukcje płatem przednio-bocznym uda i jedną rekonstrukcję płatem promieniowym.

U wszystkich pacjentów uzyskano prawidłową żywotność płata. U pacjentów operowanych z powodu guzów głowy i szyi uzyskano pierwotne zamknięcie ubytku i wygojenie płata przez rychłozrost. U pacjentów z ranami układu ruchu uzyskano wygojenie zakażonych ran pourazowych z ustąpieniem objawów zakażenia elementów układu ruchu i zrostem kostnym włącznie. Nie obserwowano śmiertelności w okresie pobytu w szpitalu.

Operacje rekonstrukcyjne płatami wolnymi z użyciem mikrochirurgicznych technik naczyniowych znajdują zastosowanie u pacjentów oddziałów zabiegowych szpitala wielospecjalistycznego pozwalając na zaopatrywanie rozległych ubytków tkanek. Przedstawione operacje zostały wykonane samodzielnie siłami zespołu mikrochirurgicznego szpitala. Ze względu na liczbę i zróżnicowanie chorych wymagających zabiegu optymalne jest wykonywanie operacji w wielospecjalistycznym zespole mikrochirurgicznym.

18. Funkcjonowanie Poradni Leczenia ran przewlekłych przy Wojewódzkim Szpitalu specjalistycznym - pierwsze doświadczenia

lek. Tomasz Wieleszczyk, lek. Andrzej Tarasiuk, dr n. med. Piotr Malinowski

Rany przewlekłe, szczególnie kończyn dolnych stanowią ważny problem medyczny i społeczny. Pacjenci borykając się z tym problemem przez wiele miesięcy a nawet lat. Chorzy ponoszą z tego powodu osobiste cierpienie oraz powstają znaczne koszty dla systemu ochrony zdrowia. Program leczenia ran przewlekłych jest próbą odwrócenia wieloletnich zaniedbań i zapóźnienia w tym zakresie.

Celem poniższej pracy było przedstawienie wstępnych efektów funkcjonowania Przychodni Leczenia Ran Przewlekłych przy WSS w Olsztynie.

Przedstawiono założenia programu leczenia ran oparty o Poradnię Leczenia Ran Przewlekłych.

Poddano analizie grupę pacjentów leczonych dotychczas w ramach programu leczenia ran przewlekłych. Wyodrębniono chorych u których uzyskano pełne wyleczenie owrzodzeń.

W czasie dotychczasowego działania poradni udało się wyleczyć rany u części chorych.

Najlepsze efekty uzyskiwano u pacjentów zdyscyplinowanych i stosujących się do zaleceń.

Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych w WSzS daje szansę wyleczenia chorych nawet z wieloletnim przebiegiem choroby. Czynnikiem wpływającymi na proces leczenia są:

- Zaangażowanie pacjenta
- Stosowanie się do zaleceń zespołu leczącego
- Systematyczne oczyszczanie rany
- Stosowanie leczenia kompresyjnego u części chorych

19. Porównanie liczby pilnych przyjęć do Oddziału Chirurgii Naczyniowej w roku 2019 i 2020. Czy epidemia COVID-19 ma wpływ

lek. Piotr Antoń, dr n. med. Piotr Malinowski

W marcu 2020 roku WHO ogłosiła, że powodowana przez koronawirusa SARS-CoV-2 choroba COVID-19 została uznana za pandemię. Od tego czasu zostały ogłoszone liczne ograniczenia w życiu publicznym, które wpłynęły na funkcjonowanie ochrony zdrowia.

Porównanie liczby pilnych przyjęć do Oddziału Chirurgii Naczyniowej w trakcie pandemii w roku 2020 oraz w tym samym okresie w roku 2019.

Porównanie liczby pacjentów z objawami ostrego niedokrwienia kończyn, ostrych zespołów aortalnych, urazów naczyń oraz krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych w roku 2020 do analogicznego okresu w roku 2019. Analizę przeprowadzono na podstawie danych zawartych w systemie komputerowym WSS w Olsztynie.

Zaobserwowano znacznie zmiany w sposobie funkcjonowania Oddziału Chirurgii Naczyniowej w okresie od czasu ogłoszenia pandemii COVID-19. Udział pacjentów leczonych z powodu wskazań pilnych uległ znacznemu zwieszeniu. Jednocześnie obserwowano istotne zmniejszenie liczby przyjęć z powodów planowych. Istnieje obawa, że może dojść do pogorszenia wyników leczenia zabiegowego chorób naczyń.

Pandemia COVID-19 spowodowała zwiększenie udziału pilnych przyjęć do Oddziału Chirurgii Naczyniowej, kosztem zmniejszenia liczby przyjęć chorych planowych.



XV ZJAZD NAUKOWO – SZKOLENIOWY LEKARZY WARMII I MAZUR
6-7 listopada 2020 r.

temat wiodący: „**Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii COVID-19**”



UWAGA ! Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie.
Szczegóły na www.wmil.olsztyn.pl