



... partnerstvom k spoločnému rozvoju ...



EURÓPSKA ÚNIA
EURÓPSKY FOND
REGIONÁLNEHO ROZVOJA

Vzdelávanie lekárov na slovensko – poľskom pohraničí
Kształcenie lekarzy na słowacko – polskim pograniczu

Zdravotné problémy pacientov v podtatranskej oblasti **v zdravotníckych zariadeniach Žilinského kraja**

zborník abstraktov z konferenčných prednášok



13. - 15. september 2013, Hotel Junior, Jasná

Projekt spolufinancovaný Európskou úniou z Európskeho fondu
regionálneho rozvoja v rámci Programu cezhraničnej spolupráce
Poľská republika - Slovenská republika 2007-2013

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu
Rozwoju w ramach Programu Współpracy Transgranicznej
Rzeczpospolita Polska republika – Słowacka republika 2007-2013



Obsah

Prínos projektu epSOS (European Patient Smart Open Services) v cezhraničnej spolupráci	8
Korzyści płynące z projektu epSOS we współpracy transgranicznej	11
Ostrihoň, M.	
Traumatický ascites	14
Pourazowa puchlina brzuszna – Traumatický ascites	17
Murgaš, D. – Višňovcová, N. – Dragula, M. – Nosál, S.	
Embolizácia v manežmente posttraumatického krvácania do dutiny brušnej	22
Embolizacja, jako metoda leczenia pourazowego – zatrzymania krwotoku w jamie brzusznej	25
Višňovcová, N. – Murgaš, D. – Zeleňák, K. – Sýkora, J. – Dragula, M.	
Laparoskopické ošetrenie perforovaného vredu gastroduodéna, naše skúsenosti	28
Laparoskopowe zaopatrzenie przedziurawionego wrzodu żołądka lub dwunastnicy, nasze doświadczenia	30
Žáček – Bízik – Benková – Váňa	
Tyreoidálna chirurgia v NsP Dolný Kubín	32
Chirurgia tarczycy w NsP w Dolnym Kubinie	34
Kubašek, A. i kolektyw	

Zlomenina drieku TEP bedrového kĺbu	36
Endoproteza stawu biodrowego	39
Černák, J. – Kloc, J.	
Zriedkavá komplikácia po TEP kolena	42
Rzadkie powikłania po endoprotezie kolana	44
Černák, J. – Kloc, J.	
Trauma maxilofaciálneho skeletu	46
Uraz szkieletu twarzowo – szczękowego	47
Obtulovič, M. – Obtulovičová, K. – Sičák, M.	
Radio – ulnárna instabilita	48
Niestabilność stawu łokciowego	50
Martoš, R.	
Superoxidy a ich použitie v ranách	52
Supertlenki i ich zastosowanie w ranach	54
Polóny, P.	
Manažment liečby hypertenznej krízy	56
Sposób postępowania przy przełomie nadciśnieniowym	58
Malicher, M.	
Hypertyreóza v gravidite a v postpartálnom období	60
Nadczynność tarczycy w ciąży i połogu	63
Urbánková, H. – Vaňuga P. – Hruška J.	

Extrauterinná gravidita – terapia 66

Graviditas extrauterina – terapia 69

Tholt, M. – Pániková, L. – Turňová, P.

Vrodené Vývojové chyby srdca v materiáloch novorodeneckého oddelenia HNŠP Trstená v r. 2012 – IX/2013 72

Wrodzone wady serca w materiałach Oddziału Noworodków Górnoorawskiego Szpitala z Polikliniką Trstená w roku 2012 – IX/2013..... 76

Smatana Javošová, D.

Ako sme sa dopracovali k smithovmu syndrómu (kazuistika) 80

W jaki sposób wykryliśmy Zespół Smitha (kazuistyka) 85

Laščíková, M. i kolektyw

Patológia v našom regióne..... 90

Zakład Patologii w naszym regionie 94

Benčat, M. – Lauko, L. – Beseda, A. – Morávková, E. – Adamkov, M. – Rajčáni, J. – Felcanová, D. – El Hassoun, O. – Drahošová, S. – Papanová, J.

Vážené kolegyně a kolegovia,

dostáva sa Vám do rúk zborník prednášok z konferencie v Jasnej, ktorú sme organizovali v rámci mikroprojektu cezhraničnej spolupráce s OIL (Okrengova izba lekarska) Krakow.

Organizovali sme v tomto projekte aj súbor seminárov s nosnou témou Neodkladná obnova vitálnych funkcií. Verím, že mnohí z Vás sa týchto seminárov, ako aj konferencie zúčastnili. Ako ste boli spokojní s úrovňou seminárov aj prednášok na konferencii musíte posúdiť Vy, dúfam že Ste boli spokojní. Zborník Vám bude pripomínať túto konferenciu aj kredity, ktoré ste takto získali.

Dovolil by som si touto cestou poďakovať za pomoc a spoluprácu pri projekte financovanom z prostriedkov EÚ pracovníkom Úradu Žilinského samosprávneho kraja, špeciálne odboru zravotníctva, pracovníkom Euroregiónu Tatry v Nowom Targu, kolegom z vedenia OIL Krakow a ďalej firme Europro – spoluautorom projektu, vedeniu SLK a najmä pani Ing. Haviarovej, ktorá mala s projektom veľa administratívnej práce a to aj mimo pracovného času.

Teším sa na ďalšie vzdelávacie akcie organizované RLK Žilina, alebo SLK.

*MUDr. Jozef Tholt
prezident RLK Žilina*

Prínos projektu epSOS (European Patient Smart Open Services) v cezhraničnej spolupráci

Ostrihoň, M.

DONsP Dolný Kubín

NCZI Bratislava

MZ

Využitie projektu epSOS – moderné verejne dostupné služby pre európskych pacientov – zjednoduší pacientom v zahraničí, kontakt s lekárom. Lekár uvidí podstatné údaje o pacientovi – zo zdravotného záznamu vo svojom jazyku. Na začiatku projektu bolo zapojených 12 európskych štátov a ich počet sa v druhej fáze projektu zvýšil na 23.

Základným cieľom projektu je zabezpečenie interoperability v poskytovaní zdravotníckych služieb medzi jednotlivými členskými krajinami EÚ a to na úrovni organizačnej – identifikácia a autorizácia pacienta a lekára, sémantickej – spoločné koncepty preložitelné do jazykov zúčastnených krajín, technickej – infraštruktúra a ochrana bezpečnosti a spoľahlivosti údajov.

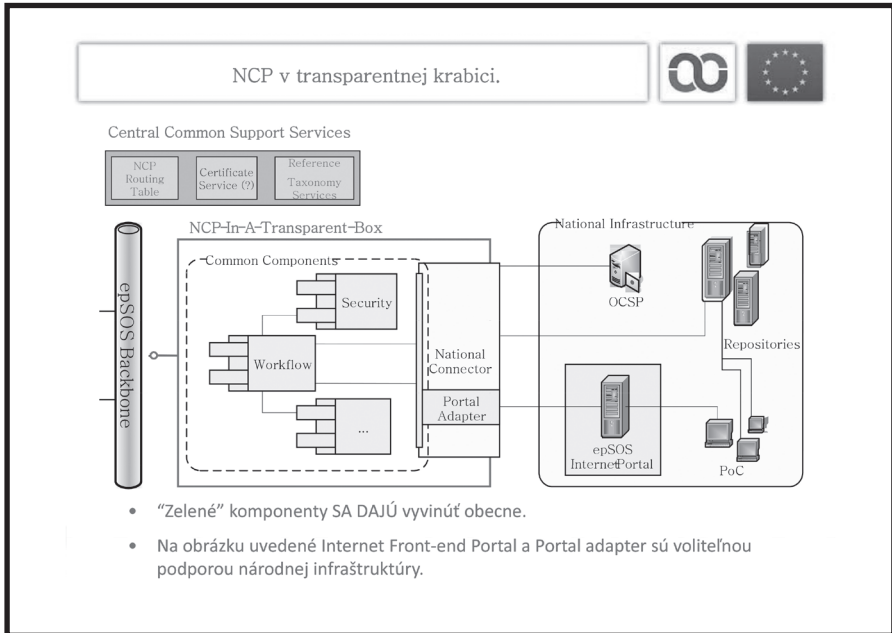
Každá zo zúčastnených krajín je povinná vybudovať Národný kontaktný bod – miesto, ktoré bude slúžiť na prepojenie národných eHealth systémov s ostatnými zúčastnenými krajinami. Očakávaným výsledkom pilotného projektu je vytvorenie a overenie nadstavby nad fungujúcimi – zdravotníckymi informačnými systémami v jednotlivých členských krajinách EÚ tak, aby bola možná ich cezhraničná spolupráca pri zabezpečovaní kontinuálnej zdravotníckej starostlivosti.

Z pohľadu pacienta to znamená, že ak musí vyhľadať lekára počas pobytu v ktorejkoľvek zo zapojených členských krajín, lekár aj pri prvom kontakte s pacientom bude mať k dispozícii potrebné informácie o jeho zdravotnom stave – patientsky sumár, a liekoch, ktoré užíva – elektronická medikácia, tak isto mu bude umožne-

né vystaviť elektronický lekársky predpis – epreskripcia, pre výdaj liekov pacientovi. Na základe toho bude možné poskytnúť pacientovi plnohodnotnú zdravotnú starostlivosť, ktorej záznam sa stane súčasťou pacientovho chorobopisu, ako záznamy vyšetrení urobených jeho domovským lekárom. Pripravuje sa aj implementácia ďalšej služby – pacient bude mať prostredníctvom epSOS infraštruktúry dostupnej cez internet, prístup k svojmu patientskemu sumáru a aktuálnej medikácii a tým, že pokiaľ bude k tejto svojej zdravotnej dokumentácii pristupovať v zahraničí, bude mať možnosť požiadať o automatický preklad do jazyka toho štátu, v ktorom sa práve nachádza. Pokiaľ tak urobí napríklad pomocou mobilného telefónu, bude môcť ukázať svoj patientsky sumár aj zahraničnému lekárovi, ktorý nebude pripojený na epSOS infraštruktúru. Zjednodušený pohľad na preklad a transformáciu dokumentácie – Z krajiny A je lokálny dokument kódovaný v MKCH – 10, štvormiestny kód a je odoslaný do Národného kontaktného bodu krajiny A, tu je transformovaný 4 miestny kód na 3 miestny kód epSOS terminologickým komponentom krajiny A a je preložený do angličtiny. Takto je odoslaný do Národného kontaktného bodu krajiny B, terminologický komponent krajiny B je preložený z angličtiny do jazyka krajiny B a vytvorený lokálny dokument pre krajinu B.

Pacientsky sumár obsahuje štruktúrované informácie o alergiách, nežiaducich reakciách,

krvnej skupine, sledovaných a liečených ochoreniach, prekonaných ochoreniach, liekovej anamnéze, implantovaných pomôckach a prístrojoch, prekonaných operáciách a invazívnych výkonoch, očkovaní, tehotenstve, abúzoach, odporúčaníach, invalidite.



Korzyści płynące z projektu epSOS we współpracy transgranicznej

Ostrihoň, M.

DONsP Dolný Kubín

NCZI Bratislava

MZ

Wykorzystanie projektu epSOS – nowoczesne usługi publiczne dla europejskich pacjentów – ułatwi pacjentom za granicami kontakt z lekarzem. Lekarz widzi podstawowe dane o pacjencie z karty zdrowia w swoim języku. Na początku projektu było zaangażowanych 12 państw europejskich a ich ilość zwiększyła się w drugiej fazie do 23 państw.

Podstawowym celem projektu jest zabezpieczenie interoperacyjności w udzielaniu usług zdrowotnych między poszczególnymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej. Na poziomie organizacyjnym – identyfikacja i autoryzacja pacjenta i lekarza, na poziomie semantycznym – wspólne koncepcje przetłumaczone na języki krajów uczestniczących oraz na poziomie technicznym – infrastruktura i ochrona bezpieczeństwa i wiarygodności danych.

Każde uczestniczące państwo jest zobowiązane wybudować Krajowy Punkt Kontaktowy – miejsce, które będzie służyć do połączenia z innymi systemami krajowymi państw uczestniczących.

Oczekiwane rezultaty projektu pilotażowego to opracowanie i zatwierdzenie nadbudowy funkcjonowania systemów informacyjnych ochrony zdrowia w państwach członkowskich UE. W celu umożliwienia im współpracy transgranicznej i w celu zapewnienia ciągłej opieki medycznej.

Z punktu widzenia pacjenta ma to wiele zalet. Jeśli musi on poszukać pomocy lekarza podczas pobytu w którymkolwiek z uczestniczących państw, lekarz już przy

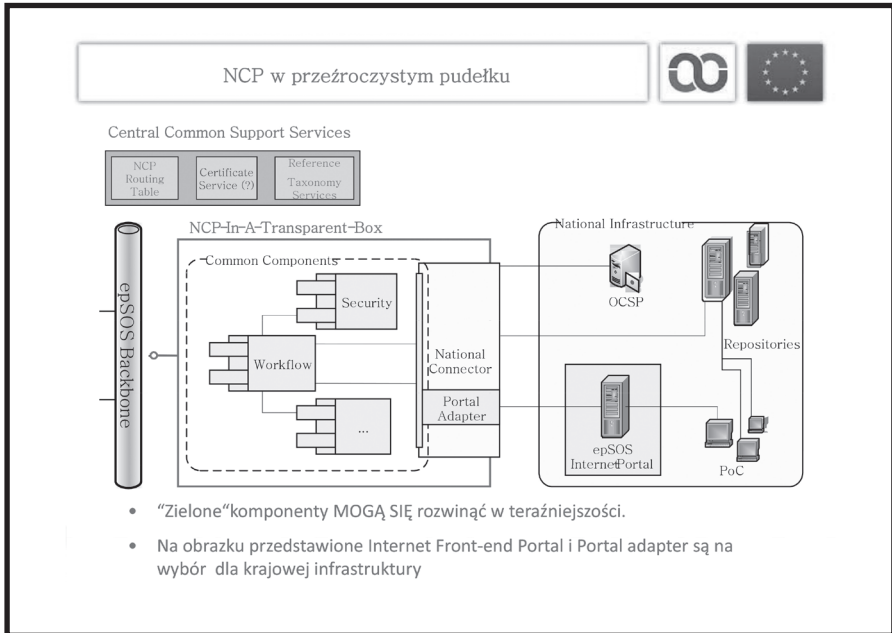
pierwszym kontakcie z pacjentem będzie miał do dyspozycji potrzebne informacje o jego stanie zdrowia – streszczenie o pacjencie, o lekarsztwach, które zażywa, a także będzie mógł wypisać elektroniczną receptę.

Na podstawie tego będzie mógł udzielić choremu pełnowartościowej opieki zdrowotnej, której zapis staje się częścią dokumentacji medycznej pacjenta, tak jak zapis z badania zrobionego w jego państwie.

Przygotowuje się też wdrażanie kolejnej usługi. Pacjent będzie miał dostępną przez internet usługę epSOS, dzięki której będzie miał dostęp do swojej kartoteki. Jeżeli skorzysta z niej za granicą, to będzie miał możliwość jej automatycznego tłumaczenia na język kraju, w którym aktualnie przebywa. Z usługą połączyć można się nawet przez telefon komórkowy. Dzięki temu treść kartoteki będzie można pokazać lekarzowi za granicą, który nie będzie przyłączony do epSOS infrastruktury.

Uproszczony widok tłumaczenia i transformacji dokumentacji: z państwa A dokument kodowany 4 – miejscowy jest odesłany do Krajowego Punktu Kontaktowego państwa A, tu jest transformowany na 3 – miejscowy kod epSOS i tłumaczony jest na język angielski. Potem odsyłany jest do Krajowego Punktu Kontaktowego państwa B, tłumaczony z języka angielskiego na język państwa B i wytworzony jest miejscowy dokument dla państwa B.

Streszczenie o pacjencie zawiera informacje o: alergiach, niepożądanych reakcjach, grupie krwi, przebytych, obserwowanych i leczonych chorobach, historię leczenia, wszczepionych implantach i aparatach, operacjach, procedurach inwazyjnych, szczepieniach, ciąży, nadużyciach, poleceniach i niepełnosprawności.



Traumatický ascites

Murgaš, D. – Višňovcová, N. – Dragula, M. – Nosál, S.

Klinika detskej chirurgie JLF UK a UNM

Klinika detskej anestézie a intenzívnej medicíny JLF UK a UNM

Menežment pacienta s tupou traumou brucha sa v priebehu posledných desaťročí dramaticky zmenil. Kým ešte v 80. rokoch minulého storočia bola bežnou praxou exploratívna laparotomia u pacienta s podozrením na vnútrobrušné poranenie, s príchodom zobrazovacích metód – USG a CT sa počet operovaných pacientov zredukoval na tých pacientov, u ktorých sa pri zobrazovacích vyšetreniach zistili známky poškodenia vnútrobrušných orgánov alebo hemoperitoneum. V priebehu pár rokov však prax ukázala, že aj z týchto pacientov mnohí boli v podstate operovaní zbytočne, lebo v momente operácie bolo krvácanie už spontánne zastavené alebo klinicky nevýznamné. Táto skúsenosť viedla k tomu, že sa do praxe začal zavádzať (hlavne u detí) čoraz konzervatívnejší prístup v menežmente tupých poranení vnútrobrušných parenchymatóznych orgánov. V súčasnosti hemoperitoneum ako také nie je indikáciou na laparotómiu, určujúcim kritériom je hemodynamická stabilita pacienta. Monitorovanie množstva voľnej tekutiny v dutine brušnej samozrejme zostáva nevyhnutným, ale je potrebné si uvedomiť, že množstvo voľnej tekutiny v brušnej dutine u pacienta s poranením parenchymatózneho orgánu (pečene, sleziny) nemusí korelovať s veľkosťou krvných strát. Významnú časť objemu voľnej tekutiny môže u traumatických pacientov tvoriť tzv. posttraumatický ascites, ktorý býva zvyčajne výsledkom tekutinovej resuscitácie, ischémie a reperfúzie splachníku, zvýšenej permability, sťaženého venózneho a lymfatického návratu a ďalších pridružených faktorov ako napr. UPV s vyšším endexpiračným tlakom. Veľký objem vytvoreného acitu môže robiť dojem masívnych krvných strát (a viesť k zbytočnej laparotómii), a preto je potrebné ho hodnotiť spolu so zmenami krvného obrazu a hemodynamických parametrov.

Masívny ascites môže viesť k rozvoju brušného compartment syndromu, preto je nevyhnutný monitoring vnútrobrušného tlaku a v prípade potreby evakuácia ascitu.

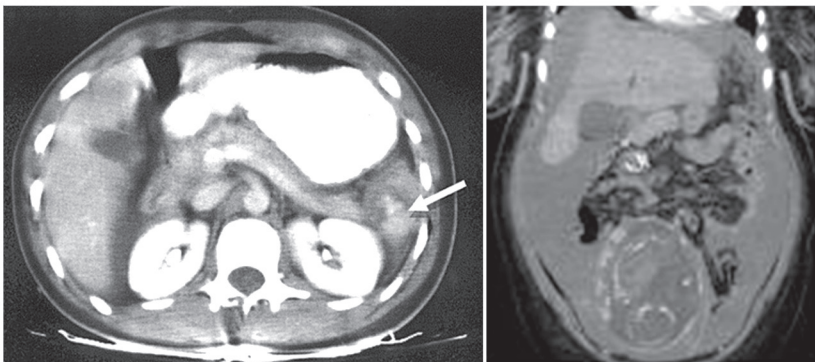
Tupá trauma brucha – 20. storočie

**Hemoperitoneum
Indikácia na laparotómiu**



Prediktory zlyhania NOM

**únik kontrastnej látky na CT
veľké množstvo voľnej tekutiny v brušnej dutine**



Autori prezentujú kazuistiku 2 ročného chlapca s ruptúrou pečene riešenou neoperačne s rozvojom intraabdominálnej hypertenzie vyžadujúcej opakovanú punkciu a drenáž masívne sa hromadiacej tekutiny v dutine brušnej.

Záver

- veľké množstvo voľnej tekutiny v dutine brušnej u pacienta s poraním parenchymatóznych orgánov nemusí znamenať veľké množstvo krvi a masívne krvácanie
- masívne hemoperitoneum je potrebné odlíšiť od traumatického ascitu (klinika, zmeny Hb, USG, CT, punkcia – urob vyšetrenie Hb a Ht)
- traumatický ascites vzniká najčastejšie ako následok agresívnej tekutinovej resuscitácie
- traumatický ascites môže viesť k rozvoju IAH alebo ACS a môže vyžadovať evakuáciu (punkciu, drenáž)

Pourazowa puchlina brzuszna – Traumatický ascites

Murgaš, D. – Višňovcová, N. – Dragula, M. – Nosál, S.

Klinika Chirurgii Dziecięcej JLF UK i UNM

Klinika Anestezjologii i Intesywnej Terapii Dziecięcej JLF UK i UNM

Sposób postępowania z pacjentem z tęym urazem jamy brzusznej w przebiegu ostatnich dziesięcioleci uległ zasadniczej zmianie. Podczas, gdy w latach 80 – tych ubiegłego stulecia było bieżącą praktyką zastosowanie laparotomii zwiadowczej u pacjenta, u którego podejrzewano obrażenia nieprzenikające w jamie brzusznej, z nadejściem metod diagnostycznych pozwalających na uzyskanie obrazu – USG i CT liczba operowanych pacjentów spadła, gdyż operowano tylko tych pacjentów, u których przy pomocy tych metod diagnostycznych stwierdzono uszkodzenie organów jamy brzusznej lub krwawienie w jamie brzusznej. Jednak w przeciągu kilku lat praktyka wykazała, że i dla wielu spośród tych pacjentów operacja była w zasadzie zbędna, gdyż w momencie operacji krwawienie bądź spontanicznie ustąpiło lub było klinicznie nieistotne. To doświadczenie doprowadziło do tego, że w praktyce coraz częściej znalazło miejsce (głównie u dzieci) bardziej konserwatywne podejście do sposobu postępowania przy nieprzenikających obrażeniach narządów w jamie brzusznej. Obecnie krwawienie w jamie brzusznej, jako takie, nie stanowi wskazania do laparotomii, kryterium decydującym jest stabilność hemodynamiczna pacjenta. Oczywiście monitoring wolnego płynu w jamie brzusznej pozostaje niezbędnym, ale należy wziąć pod uwagę, że ilość wolnego płynu w jamie brzusznej pacjenta z obrażeniami narządów wewnętrznych (wątroby, śledziony) nie musi być w korelacji z ilością utraconej krwi. Znaczną część objętości wolnego płynu u pacjentów urazowych może stanowić tzw. Post – traumatic ascites, który jest zazwyczaj wynikiem resuscytacji płynowej, niedokrwienia, wzmożonego przesiąkania, utrudnionego krążenia wrotnego krwi i chłonki oraz innych czynników współistniejących, jak np. UPV /ECMO/

z podwyższonym ciśnieniem wewnątrz klatki piersiowej. Duża zawartość wolnego płynu w jamie brzusznej może wywołać podejrzenie, że chodzi o dużą utratę krwi / oraz prowadzić do zbędnej laparotomii/, dlatego należy to oceniać razem z wynikami badań morfologicznych krwi i zmianami parametrów hemodynamicznych. Obfity ascytę może prowadzić do wystąpienia brzuszego zespołu kompartmentowego /zespół ciasnoty śródbrzusza/. Z tego względu jest konieczne monitorowanie ciśnienia śródbrzusznego a w razie potrzeby odprowadzenie treści płynnej.

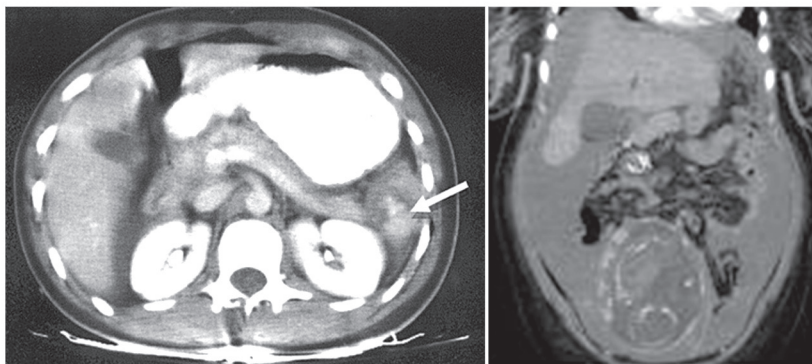
Uraz tępy brzucha – XX wiek

Krwotok w jamie otrzewnej
Wskazanie do laparotomii



Co świadczy o niepomyślnym rozwiązaniu nieoperacyjnym

**wyciek kontrastu stwierdzony na CT
duża ilość wolnego płynu w jamie brzusznej**



Autorzy prezentują opis przypadku 2 – letniego chłopca z pęknięciem wątroby z zastosowaniem leczenia nieoperacyjnego, gdy wzrastające ciśnienie w śródbrzuchu wymagało odprowadzenia gromadzącej się w jamie brzusznej treści płynnej za pomocą punkcji i drenażu.

Wnioski

- duża ilość wolnego płynu w jamie brzusznej u pacjenta z obrażeniami narządów miękkich nie musi oznaczać dużej ilości krwi i obfitego krwawienia
- obfite krwawienie w jamie otrzewnej należy odróżnić od puchliny brzusznej (objawy kliniczne, zmiany Hb, USG, CT, punkcja – zrobić badanie Hb i Ht)
- pourazowa puchlina brzuszna powstaje najczęściej w następstwie resuscytacji płynowej
- pourazowa puchlina brzuszna może prowadzić do rozwoju IAH lub ACS i może wymagać usunięcia płynu (punkcja, drenaż)

Embolizácia v manažmente posttraumatického krvácania do dutiny brušnej

Višňovcová, N. ¹ – Murgaš, D. ¹ – Zeleňák, K. ² – Sýkora, J. ² – Dragula, M. ¹

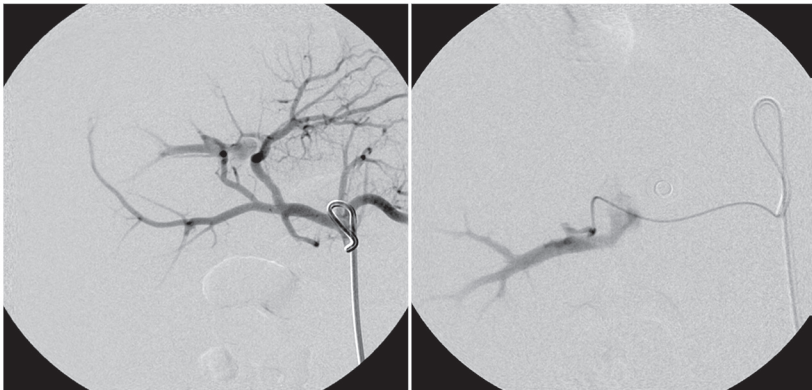
1. Klinika detskej chirurgie UNM

2. Rádiologická klinika UNM

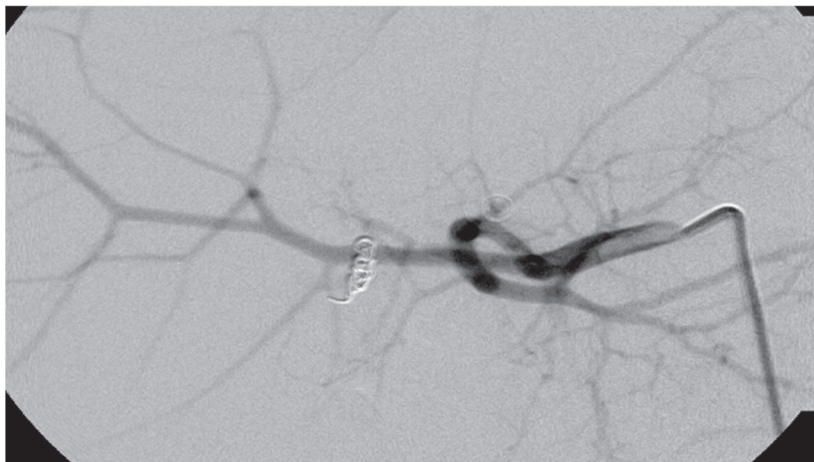
Deti sú v porovnaní s dospelými vzhľadom na anatomické pomery, malé množstvo podkožného tuku, slabšiu brušnú stenu viac náchylné na zranenia parenchymatóznych orgánov pri tupých úrazoch brucha. Zranenia parenchymatóznych orgánov pri tupej traume brucha môžu byť vo veľkej väčšine prípadov menežované konzervatívne. Stupeň závažnosti zranenia určeného na základe CT vyšetrenia, kde aj pri prítomnosti úniku kontrastnej látky, prítomnosti hemoperitonea, spolu s neurologickým statusom, prítomnosťou pridružených poranení, nepredstavujú kontraindikáciu na neoperačný manažment, v prípade, že pacient je hemodynamicky stabilný, respektíve sa ho podarilo zastabilizovať pomocou intenzívnej objemovej resuscitácie. Neoperačný manažment je v súčasnosti podporený možnosťou využívania intervenčnej rádiológie, zahŕňajúcej transkutánnu angiografickú embolizáciu, ktorá zohráva významnú úlohu najmä v kontrole arteriálneho krvácania. V pediatrickej populácii sa s úspechom využíva pri úrazoch pečene, sleziny, o niečo menej je prípadov využitia pri zraneniach obličiek a mezentéria. Pečeň v pediatrickej populácii predstavuje jeden z najčastejšie poranených orgánov pri tupých úrazoch brucha. Jednou z najčastejších komplikácií je krvácanie, ktoré môže byť najmä v prípade venózneho krvácania tzv. „self – limiting“, ale takisto môže viesť k život ohrozujúcemu krvácaniu – ŽOK. Ďalej býva takéto poranenie komplikované vznikom artério – venóznej, artério – portálnej fistuly, hemobliou, posttraumatickou pseudoaneurizmom a následne neskorým krvácaním, kde všade je možné uplatniť možnosti intervenčnej rádiológie. Angiografická embolizácia je nechirurgická, minimálne invazívna metóda realizovaná in-

tervenčnými rádiológmi, umožňujúca selektívnu oklúziu cievy prostredníctvom vytvorenia embolu v jej lúmene. Začína sa diagnostickou angiografiou transfemorálne Seldingerovou metódou, kde sa po zobrazení brušnej aorty, jej hlavných arteriálnych kmeňov a ich vetiev, zobrazí patológia a to ako únik kontrastnej látky, pseudoaneuryzma, AV fistula, nepravidelné lacerované artérie. Následne sa pomocou príslušných inštrumentov vykoná embolizácia embolizačným materiálom. V súčasnosti existuje široké spektrum embolizačných materiálov, líšiacich sa viacerými vlastnosťami ako spôsob, trvácnosť a najmä rýchlosť oklúzie cievneho lúmenu, kde výber závisí od konkrétneho prípadu. V prípade traumatického krvácania sa často využíva embolizácia špirálkami tzv. „coiling“. V našej kazuistike v skratke predstavujeme pacienta s posttraumatickou A – V fistulou s pokračujúcim krvácaním do dutiny brušnej, ktoré sa podarilo úspešne zastaviť práve s využitím arteriálnej embolizácie.

A-P fistula medzi a. hepatica dx. a vetvou v. portae



Kontrolné nástreky potvrdili uzáver A-P fistuly



Embolizacja, jako metoda leczenia pourazowego – zatrzymania krwotoku w jamie brzusznej.

Višňovcová, N. ¹ – Murgaš, D. ¹ – Zeleňák, K. ² – Sýkora, J. ² – Dragula, M. ¹

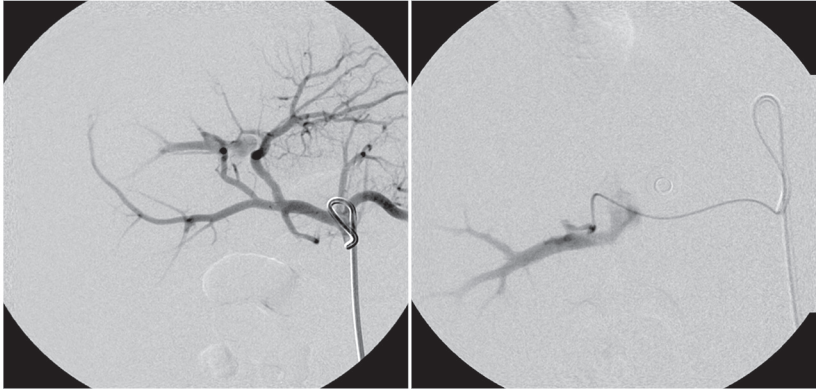
1. Klinika Chirurgii Dziecięcej UNM

2. Klinika Radiologii UNM

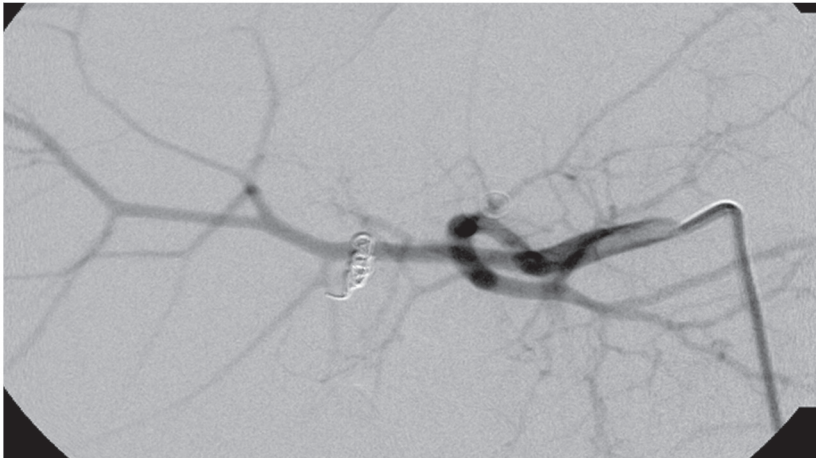
Dzieci, w odróżnieniu od dorosłych, ze względu na specyfikę cech anatomicznych, małą ilość podskórnej tkanki tłuszczowej i słabszą ścianę jamy brzusznej, są bardziej podatne na obrażenia organów mięszowych w wyniku tępych urazów brzucha. Metoda postępowania w leczeniu obrażeń organów mięszowych jamy brzusznej po urazie nieprzenikającym może być w większości przypadków konserwatywna. Mamy na myśli przypadki, gdy na podstawie badania CT ustalono wyciek substancji kontrastowej i objawy krwotoku w jamie brzusznej, stwierdzony stopień obrażeń razem ze stanem neurologicznym i przy wzięciu pod uwagę innych współistniejących obrażeń, nie stanowi przeciwwskazania do postępowania nieoperacyjnego; pod warunkiem, że pacjent jest stabilny hemodynamicznie lub udało się go stabilizować przy pomocy intensywnej resuscytacji płynowej. Na korzyść postępowania nieoperacyjnego przemawiają także obecne możliwości korzystania z radiologii zabiegowej /interwencyjnej/ i jej metod, do których należy przezskórna angiograficzna embolizacja odgrywająca bardzo ważną rolę zwłaszcza przy kontroli krwawienia arterialnego. U pacjentów pediatrycznych pomyślnie wykorzystuje się przy obrażeniach wątroby, śledziony, trochę mniej przy obrażeniach nerek i krezki. Wątroba jest u populacji pediatrycznej jednym z organów najczęściej doznających obrażeń w wyniku tępych urazów brzucha. Jednym z najczęstszych powikłań jest krwawienie, zwłaszcza krwawienie żyłne tzw. „self – limiting“, ale także mogące wieść do krwawienia zagrażającego życiu. Przy tego typu obrażeniach mogą wystąpić dalsze powikłania spowodowane przez powstanie przetoki tętniczo – żyłnej lub tętniczo – wrotnej, pr-

zez hemobilię, tętniaka pourazowego i w następstwie późniejszego krwawienia; przy wszystkich z nich można zastosować metody radiologii zabiegowej. Embolizacja angiograficzna jest metodą niechirurgiczną, minimalnie inwazyjną, realizowaną przez radiologów interwencyjnych, umożliwiającą zamknięcie światła naczynia przy pomocy embolizacji. Zabieg zaczyna się od angiografii diagnostycznej według metody Seldingera – przez tętnicę udową. Po uwidocznieniu aorty brzusznej, jej głównych pni i ich gałęzi, uwidocznili się patologia, taka, jak wyciek substancji kontrastowej, tętniak rzekomy, przetoka arterialno – żylna, postrzępione nieregularnie naczynia. Następnie przy pomocy odpowiednich instrumentów dokonuje się embolizacji specjalnym materiałem embolizacyjnym. Obecnie istnieje już szeroka gama tych materiałów, odróżniających się takimi właściwościami, jak sposób, trwałość i przede wszystkim prędkość, z jaką następuje zamknięcie światła naczynia. Wybór materiału do embolizacji zależy od konkretnego przypadku. W przypadku krwawienia urazowego często stosuje się embolizację specjalnymi spiralkami tzw. „coiling“. W naszym opisie przypadku przedstawiamy pacjenta z pourazową przetoką tetniczo – żylną z nie ustępującym krwawieniem w jamie brzusznej, które udało się pomyślnie wstrzymać właśnie z zastosowaniem embolizacji naczyń tętnicznych.

A-P przetoka między a. hepatica dx. i gałęzią v. portae



Kontrolne wstrzyknięcia potwierdziły zamknięcie A-P przetoki

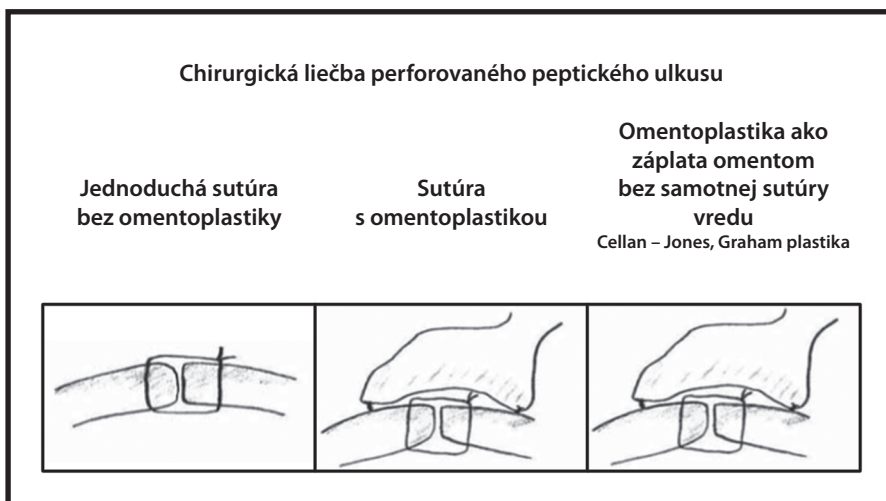


Laparoskopické ošetrovanie perforovaného vredu gastroduodéna, naše skúsenosti

Žáček – Bízik – Benková – Váňa

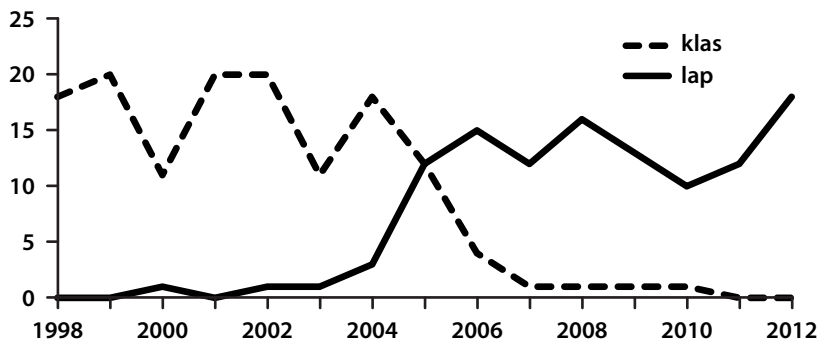
Chirurgické oddelenie FNŠP Žilina

Práca sa opiera o naše výsledky laparoskopickej sutúry perforovaného vredu gastroduodéna v období od roku 1998 do roku 2012, kedy sme ošetrili spolu 252 perforovaných ulkusov, z toho 114 laparoskopicky. Porovnávame vek (55, 2r. laparoskopicky ku 55, 7r. klasicky), dĺžku operácie (59, 2 min. ku 77, 8 min.) a dĺžku hospitalizácie (8, 5dňa ku 12dní). Pre porovnanie dvoch metód je najlepším ukazovateľom porovnanie morbidity (naš súbor: LAP 7, 9% ku KLAS 18, 1%) a v prípade sutúry perforovaného ulkusu aj porovnanie leaku (naš súbor: 2, 1% ku 2, 2%). Práca je doplnená aj o výsledky zatiaľ troch jediných prospektívnych randomizovaných štúdií vo svete s vysokým stupňom evidence based levelu, kde výsledky favorizujú laparoskopický prístup čo potvrdzujú aj výsledky našej štúdie.



FNsP Žilina 1998 - 2012

	Klasicky	Laparoskopicky	Konverzie
Počet	138	114	3
Vek	55,7	55,2	46
Dĺžka operácie	77,8	59,2	98
Dĺžka hospitalizácie - dni	12	8,5	11
Morbidita	18,1%	7,9%	0,0%
Leak	2,2%	2,1%	0,0%
Mortalita	9,5%	2,6%	0,0%



Laparoskopowe zaopatrzenie przedziurawionego wrzodu żołądka lub dwunastnicy, nasze doświadczenia.

Žáček – Bízik – Benková – Váňa

Oddział Chirurgiczny FNŠP Žilina

Opracowanie wykonane w oparciu o wyniki laparoskopowych zabiegów zaszycia perforacji wrzodów żołądka i dwunastnicy dokonanych w okresie od roku 1998 do roku 2012, w którym zaopatrzyliśmy ogółem 252 przedziurawionych wrzodów, w tym 114 laparoskopowo. Porównujemy wiek (55, 2 lat laparoskopowo do 55, 7 lat klasycznie), czas trwania operacji (59, 2 min. do 77, 8 min.) oraz okres pobytu w szpitalu (8, 5 dnia do 12dni). Najlepszym wskaźnikiem dla porównania dwóch metod jest zachorowalność (nasz plik: LAP 7, 9% do METOD. KLAS 18, 1%) i w przypadku zszycia perforowanego wrzodu również porównanie wystąpienia nieszczelności po operacji (nasz plik: 2, 1% do 2, 2%). W naszej pracy dodatkowo zamieściliśmy również wyniki trzech, jak dotąd jedynych, prospektywnych randomizowanych badań naukowych na świecie o wysokim stopniu evidence based level, w których rezultaty faworyzują podejście laparoskopowe, co też potwierdzają wyniki naszych badań.

Chirurgická liečba perforovaného peptického ulkusu

Jednoduchá sutúra
bez omentoplastiky

Sutúra
s omentoplastikou

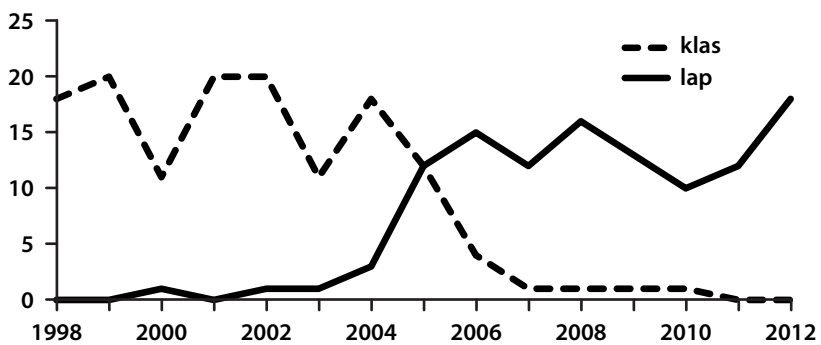
Omentoplastika ako
záplata omentom
bez samotej sutúry
vredu

Cellan – Jones, Graham plastika



FNSP Žilina 1998 - 2012

	Klasicky	Laparoskopicky	Konverzie
Počet	138	114	3
Vek	55,7	55,2	46
Dĺžka operácie	77,8	59,2	98
Dĺžka hospitalizácie - dni	12	8,5	11
Morbidita	18,1%	7,9%	0,0%
Leak	2,2%	2,1%	0,0%
Mortalita	9,5%	2,6%	0,0%



Tyreoidálna chirurgia v NsP Dolný Kubín

Kubašek, A. a kolektív

Chirurgické oddelenie DONsP Dolný Kubín

Operácie štítnej žľazy sú tradičnou operáciou na našom oddelení. Od roku 1978 do súčasnosti bolo operovaných viac ako 6000 pacientov (90% žien, 10% mužov, vek zhodne 48 rokov). Ročne vykonávame 180 – 200 operácií, v minulosti približne 300. Okrem operácii benígnych a malígnych strúm vykonávame aj paratyreoidálnu chirurgiu. Od roku 1999 dominujú totálne výkony v zmysle totálnej tyreoidektómie a lobektómie, tá je paušálne doplnená o peroperačnú histológiu. Pacienti sú indikovaní k operácii z Národného endokrinologického ústavu v Lubochni a ambulantnými endokrinológmi z viacerých regiónov Slovenska. V súčasnosti vykonávajú tyreoidálnu chirurgiu piati lekári. Miera pooperačných komplikácií je v súlade s literatúrou, trvalá paréza nervus laryngeus recurrens sa vyskytuje u 1,03% pacientov. Od roku 2010 paušálne používame v tyreoidálnej chirurgii harmonicky skalpel Focus. Pozorujeme skrátenie operačných časov približne o tretinu oproti klasickej technike a uľahčuje operácie u recidív a malígnych strúm.

Komplikácie 2004 - 2008

- prechodná paréza NLR 1,92% (3,26% 90-94)
- trvalá paréza NLR 1,00%
- pooperačná tetánia 6,43%
- krvácanie s reoperáciou 1,25%
- laryngotracheitída 0,58%
- absces v rane 0,17%

Výhody použitia harmonického skalpela

skrátene operáčného času

TTE	2009 (127)/135 min.
	2012 (108)/105 min
lobectomia	2009 (60)/82 min.
2012 (54)/80 min.	

úspora ligatúr

klasická technika	100-200
teraz	20-30

Chirurgia tarczycy w NsP w Dolnym Kubinie

Kubašek, A. i kolektyw

Oddział Chirurgiczny Dolnoorawskiego Szpitala Powiatowego w Dolnym Kubinie

Operacje tarczycy są tradycyjnymi operacjami na naszym oddziale. Od 1978 do chwili obecnej było operowanych ponad 6000 pacjentów (90 % kobiet, 10% mężczyzn, średni wiek 48 lat). W ciągu roku wykonujemy 180 – 200 operacji, w przeszłości to było około 300. Oprócz operacji łagodnego i złośliwego wola wykonujemy subtotalną tyreoidektomię. Od 1999 roku całkowicie dominują działania w zakresie totalnej tyreoidektomii i lobektomii, co jest dopełnione o śródoperacyjne badanie histologiczne. Pacjenci mają wskazania na operacje z Narodowego Instytutu Endokrynologii w Lubochni i od endokrynologów z różnych regionów Słowacji. Obecnie chirurgię tarczycy wykonuje pięciu lekarzy. Odsetek powikłań pooperacyjnych jest zgodny z literaturą, trwałe porażenie nerwu krtaniowego wstecznego występuje u 1, 03 % pacjentów. Od roku 2010 w chirurgii tarczycy wykorzystujemy harmoniczny skalpel Focus. Obserwujemy zmniejszenie czasu operacji średnio o jedną trzecią w porównaniu z techniką klasyczną i ułatwienie reoperacji przy nawrotach wola złośliwego w obszarach z bliznami.

Powikłania 2004-2008

- przejściowa pareza NLR 1,92% (3,26% 90-94)
- trwała pareza NLR 1,03%
- pooperacyjna tężyczka 6,43%
- krwawienie i reoperacja 1,25%
- laryngotracheitida 0,58%
- absces v rane 0,17%

Zalety stosowania harmonicznego skalpela

Skrócenie czasu operacji

TTE 2009 (127)/135 min.

2012 (108)/105 min

lobectomy 2009 (60)/82 min.

2012 (54)/80 min.

zaoszczędzenie ligatur

technika klasyczna 100-200

teraz 20-30

Zlomenina drieku TEP bedrového kĺbu

Černák, J. – Kl'oc J.

FNSP J. A. Reimana Prešov

Zlomenina drieku TEP bedrového kĺbu je zriedkavou komplikáciou. V literatúre je jej výskyt udávaný približne v 0, 25 %. Pri revízných typoch sú publikované zvyčajne iba jednotlivé kazuistiky.

Príčiny vzniku môžeme rozdeliť do niekoľkých skupín. Do prvej patria chyby materiálu a design endoprotézy, čiže príčiny týkajúce sa implantátu. S pacientom sú spojené možné príčiny ako nadváha / vysoký BMI /, vysoká fyzická aktivita, resp. anatómia – geometria horného konca stehnovej kosti. Pod niektoré príčiny zlomeniny drieku môže byť podpísaný operatér – malpozícia komponentov, “undersizing” komponentov alebo nedostatočný cementový lem. Veľmi diskutovanou je problematika novej únavovej zlomeniny pri dobrej distálnej a nedostatočnej proximálnej fixácii.

Reoperácia v prípade zlomeniny drieku TEP bedrového kĺbu je spojená so špecifickými ťažkosťami vyplývajúcimi zo zvyčajne dobrej fixácie – integrácie komponentu s kosťou. Pri uvoľnení dochádza k oslabovaniu kosti a nevyhnutné je špeciálne inštrumentárium.

V prednáške sú prezentované 3 kazuistiky:

V prvom prípade zlomenina drieku cementovanej TEP u obézneho pacienta riešeného po extrakcii TEP revíznym driekom.

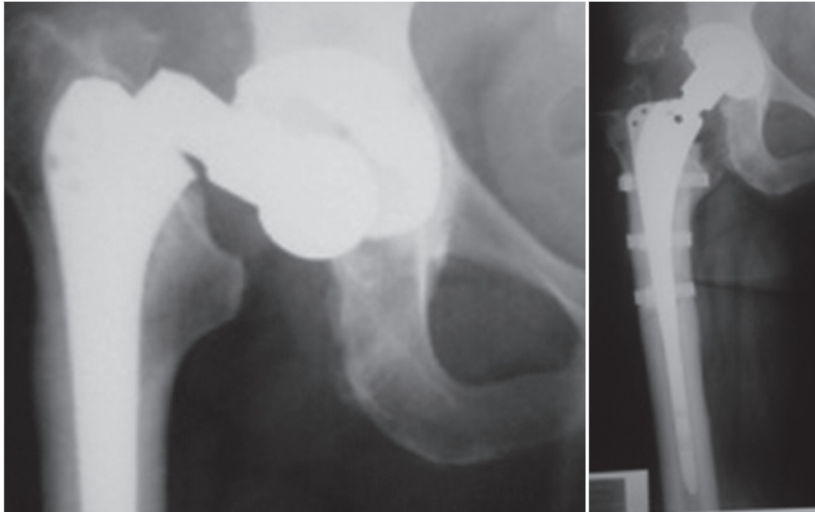
V druhej kazuistike podobný prípad necementovanej TEP s potrebou uvoľnenia drieku pomocou otvorenia stehnovej kosti s následnou serklážou.

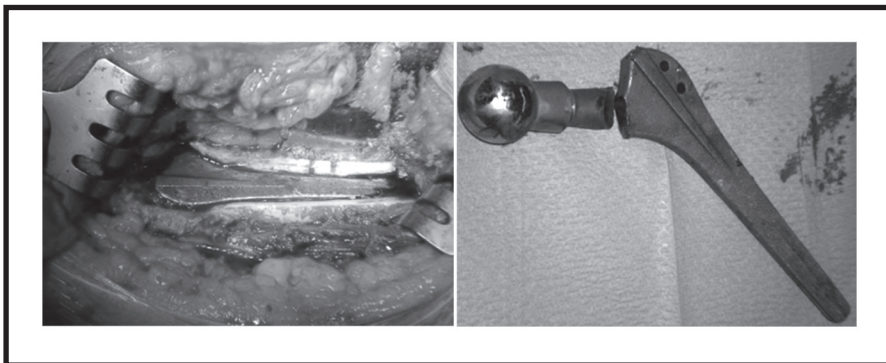
Špecifická je tretia kazuistika, keď došlo k zlomenine revízneho drieku a následnej zlomenine stehnovej kosti. Revízne drieky sú dimenzované na extrémnu záťaž a napriek tomu došlo k zlomenine. Autori popisujú ťažkosti pri extrakcii endoprotézy

a vzhľadom na umiestnenie lomnej línie nad pevne ukotveným driekom vyslovujú podozrenie na únavovú zlomeninu. Následné riešenie vidia vo využití kostných štepov za účelom pevnejšej proximálnej fixácie a osteoindukcie.

Kazuistika II.

- Žena, *1953, 166 cm/110 kg, BMI 39,9
- Primoimplantácia 29. 11. 2005
- TOP Betacone LINK, pravá strana
- 04. 11. 2009 prasknutie pri dvíhaní bremena
- 12. 11. 2009 reimplantácia – Bicontact 13/230 + 3x cerclage





Endoproteza stawu biodrowego

Černák, J. – Kl'oc, J.

Szpital Uniwersytecki J. A. Reimana Prešov

Pęknięcie stawu biodrowego jest rzadkim powikłaniem. W literaturze częstość jego występowania wskazano na około 0, 25 %. Przy kontrolnych rewizjach są zwykle publikowane tylko pojedyncze przypadki.

Przyczyny możemy podzielić na kilka grup. Pierwsza obejmuje wady materiałowe i konstrukcję protezy, czyli przyczyny związane z implantem. Kolejna grupa związana jest z pacjentem, tutaj przyczynami są m. in. nadwaga / wysoki wskaźnik BMI /, wysoka aktywność fizyczna lub anatomia – geometria górnego końca kości udowej. W niektórych przypadkach złamań winnym może być lekarz operator – nieprawidłowe ułożenie komponentów, „undersizing“ komponentów lub niewystarczająca obręcz cementowa. Bardzo często omawianą jest problematyka ewentualnych złamań stresowych w dobrej dystalnej i niedostatecznej proksymalnej fixacji.

Reoperacja w przypadku endoprotezy stawu biodrowego jest związana ze specyficznymi trudnościami wynikającymi z ogólnie dobrej fiksacji – integracji komponentu z kością. Przy rozluźnieniu wzrasta ryzyko osłabienia kości i są niezbędne specjalne instrumenty.

W wykładzie są prezentowane 3 kazuistyki.

W pierwszej jest to pęknięcie odcinka lędźwiowego u otyłego pacjenta i rozwiązanie po ekstrakcji endoprotezą.

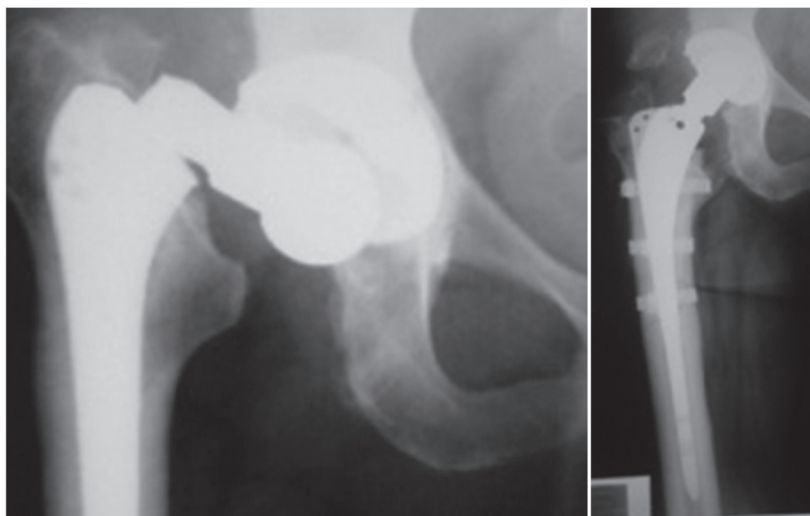
W drugiej prezentowany jest podobny przypadek bezcementowej endoprotezy z koniecznością uwolnienia wału przez otwarcie kości udowej i następnie cerclage.

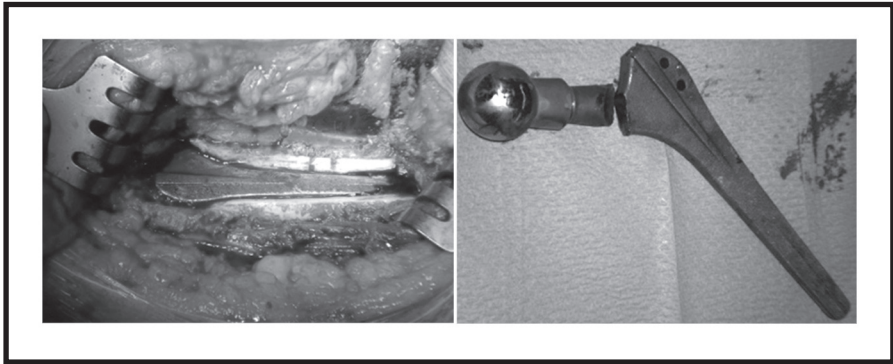
Specyficzne jest trzecie zdarzenie, które opisuje, jak doszło do pęknięcia odcinka lędźwiowego po reimplantacji, a następnie pęknięcie kości udowej. Protezy powinny wytrzymać nawet skrajne obciążenie, ale mimo tego doszło do złamania. Autorzy

opisujú ťažkosti pri extrakcii endoprotezy, a ze względu na położenie linii złamania, podejrzewają złamanie stresowe. Jako jedyne rozwiązanie widzą zastosowanie przeszczepów kostnych w celu pewniejszej proksymalnej fiksacji i osteoindukcji.

Kazuistyka II.

- **Kobieta, *1953, 166 cm/110 kg, BMI 39,9**
- **Primoimplantacja 29. 11. 2005**
- **TOP Betacone LINK, prawa strona**
- **04. 11. 2009 pęknięcie podczas podnoszenia ładunku**
- **12. 11. 2009 reimplantacja – Bicontact 13/230 + 3x cerclage**





Zriedkavá komplikácia po TEP kolena

Černák, J. – Kl'oc, J.

FNSP J. A. Reimana Prešov

V prednáške autori prezentujú riešenie veľmi zriedkavej komplikácie po TEP kolenného kĺbu – zlomeniny tibiálneho komponentu.

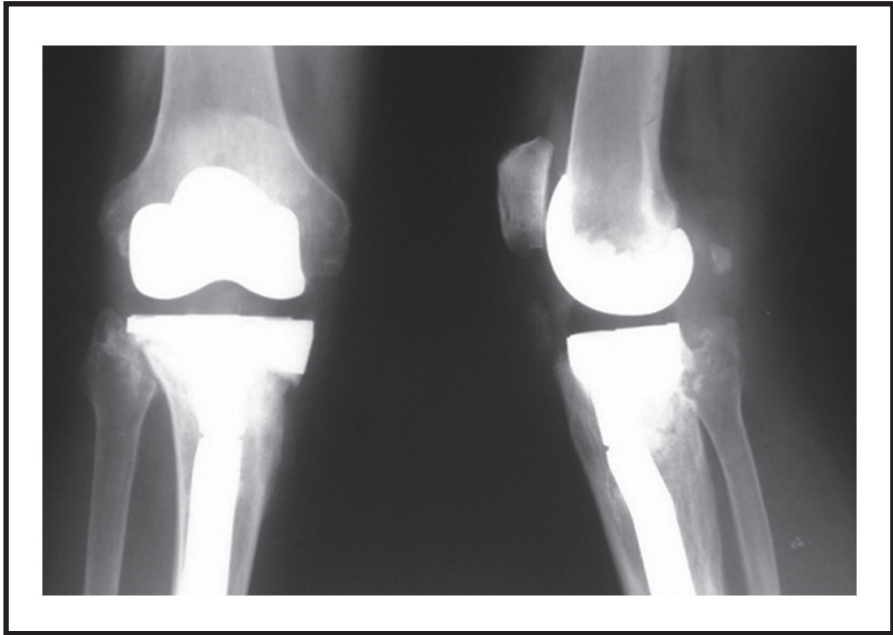
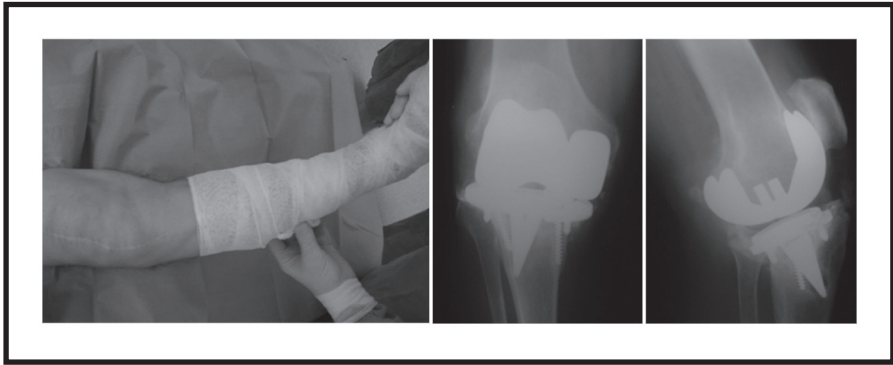
Rizikové factory, resp. možné príčiny zlomeniny komponentu: výrobná chyba materiálu, design TEP, nesprávna operačná technika (osadenie TEP, cementovacia technika, zle zvolená veľkosť komponent), deficientná kosť, nadváha, varozita, mužské pohlavie, vysoká aktivita, úraz v anamnéze.

Klinicky sa prejaví bolesťami, progredujúcou deformitou a pozitívnym rtg nálehom, aj keď obraz môže imitovať uvoľnenie komponentu a lomná línia nemusí byť evidentná.

Po extrakcii komponentov bol prípad riešený pomocou endoprotézy LCCK NexGen s možnosťou náhrady kostných defektov. V konkrétnom prípade ani tento systém nebol dostatočný a chýbajúca kosť bola nahradená kostnými štepami z kostnej banky. V závere je prezentovaný výborný výsledok reimplantácie s primeraným pohybom a stabilitou pooperačne i po 2 rokoch od OP.

47 r. muž, liečený na RA od 27r.

- v októbri 1999 implantácia TEP pravého kolena typ IOI necementovaná
- v júli 2006 úraz (pád)
- po úraze postupne bolesť, deformita
- RTG imitujúce uvoľnenie tibiálneho komponentu TEP
- v januári 2007 reimplantácia, typ NexGen LCCK cementovaná



Rzadkie powikłania po endoprotezie kolana

Černák, J. – Kl'oc, J.

Szpital Uniwersytecki J. A. Reimana Prešov

W wykładzie autorzy przedstawiają bardzo rzadkie powikłanie po całkowitej endoprotezie stawu kolanowego – złamanie kości piszczelowej .

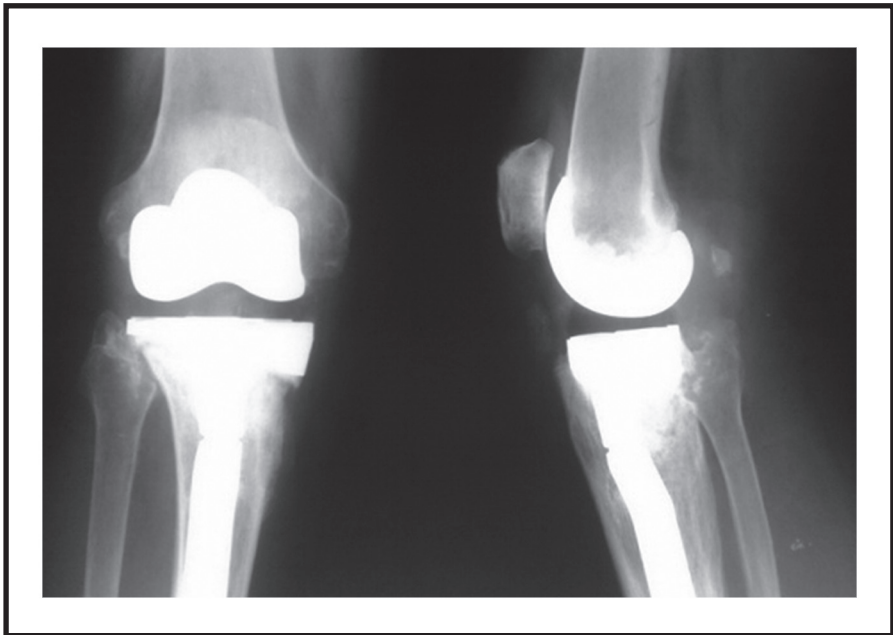
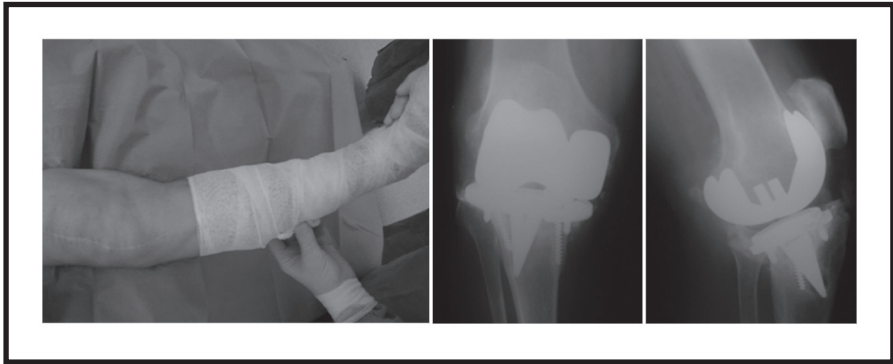
Czynnikami ryzykownymi lub możliwymi przyczynami takich złamań są: wady produkcyjne w materiale, design protezy, nieprawidłowa technika operacyjna (ułożenie protezy, technika cementowania, źle dobrane komponenty), niedobór kości, nadwaga, szpotawość, płeć męska, duża aktywność, wypadki, urazy.

Objawy kliniczne to ból, postępująca deformacja i pozytywny rtg. Nawet jeśli obraz imituje uwolnienie komponentu, to linia złamania nie musi być widoczna .

Po ekstrakcji komponentów była wykonana endoproteza LCCK NexGen z kompensacją ubytków kości. W tym przypadku nawet ten system nie był wystarczający, brakująca kość była zastąpiona przeszczepem z banku kostnego. Na koniec przedstawiony jest doskonały wynik reimplantacji z odpowiednim ruchem i stabilnością po zabiegu i po upływie 2 lat od operacji.

47 lat, mężczyzna, leczony na RA od 27roku życia

- w październiku 1999 implantacja endoprotezy prawego kolana typu IOI bezcementowa
- w czerwcu 2006 zranienie (upadek)
- po wypadku stopniowo ból, deformacja
- RTG wygląda na uwalnianie składnika endoprotezy kości piszczelowej
- w styczniu 2007 reimplantacja, typ NexGen LCCK cementowa



Trauma maxilofaciálneho skeletu

Obtulovič, M. – Obtulovičová, K. – Sičák, M. ,

ORL klinika chirurgie hlavy a krku Ústredná vojenská nemocnica

Ružomberok – Fakultná nemocnica

Traumatológia tvárového skeletu je stále aktuálna, pretože liečba vyžaduje multidisciplinárny prístup viacerých odborov najmä otorinolaryngológa, oftalmológa, maxilofaciálneho a plastického chirurga. V Ústrednej vojenskej nemocnici v Ružomberku sa týmto problémom zaoberáme už od 1999 roku v spolupráci s lekármi z oddelenia stomatochirurgie. V uvedenej kazuistike 60 roč. pacienta napadnutého medveďom sa autori v prednáške snažili poukázať na význam dobre vykonanej predoperačnej CT – 3D diagnostiky tváre a následne precízne vykonaného chirurgického zákroku spočívajúceho v rekonštrukcii stratových kostných defektov a mnohopočetných zlomenín za pomoci osteosyntetických materiálov a implantátov. Nasleduje rekonštrukcia poranených mäkkých tkanív tak, aby bola zabezpečená ich vitalita a čo najpriateľnejší funkčný a estetický efekt pre pacienta.

Uraz szkieletu twarzowo – szczękowego

Obtulovič, M. – Obtulovičová, K. – Sičák, M.

**Klinika ORL Chirurgii Głowy i Szyi, Centralny Szpital Wojskowy w
Ružomberku – Szpital Uniwersytecki**

Uraz twarzoczaszki jest nadal aktualny, ponieważ leczenie wymaga interdyscyplinarnego podejścia kilku dziedzin, szczególnie otolaryngologa, oftalmologa, chirurga twarzowo – szczękowego i chirurga plastycznego. W Centralnym Szpitalu Wojskowym w Ružomberku rozwiązujemy te problemy od 1999 roku we współpracy z lekarzami z Kliniki Chirurgii Stomatologicznej. W podanym opisie przypadku 60 – letniego mężczyzny zaatakowanego przez niedźwiedzia, autorzy starali się zwrócić uwagę na znaczenie dobrze wykonanej tomografii komputerowej z opcją 3D w diagnostyce przedoperacyjnej twarzy a następnie precyzyjnie wykonanej operacji, polegającej na rekonstrukcji utraty ubytków kości i wielu złamań pomocą materiałów osteosyntezy i implantów. Następnie zabiegi rekonstrukcyjne po urazach tkanek miękkich w celu zapewnienia ich witalności i co najlepszego funkcjonowania, też efektu estetycznego dla pacjenta.

Radio – ulnárna instabilita

Martoš, R.

ÚDZS

Prezentovaná kazuistika analyzuje zistenia z výkonu dohľadu, ktorý bol vykonaný na podnet 48 ročnej pacientky, ktorá žiadala prešetriť správnosť poskytnutia zdravotnej starostlivosti po úraze.

Radio ulnárna disociácia priebeh:

Pacientka pocítila dňa 12. 07. pri práci prasknutie v zápästí. Chirurgické vyšetrenie, mechanizmus úrazu nesvedčil pre závažné poranenie, nebolo zistené ani viditeľné patologické postavenie ulny. Rtg bolo bez patologických zmien. Naložená imobilizačná dlaha 3 týždne, následne rehabilitovaná. Po 2 mesačnej liečbe odoslaná na ortopédiu, kde Rtg aj klinicky nezaznamenaná dislokácia ulny laterálne pre poškodenie distálneho radioulnárneho spojenia. Až dňa 07. 12. prvýkrát klinicky popísaná ulnárna instabilita. Dňa 22. 02. t. j. asi po 3 mesačnej konzervatívnej terapii pre zhoršovanie radioulnárnej dislokácie doporučená operácia, ktorú odmietla. K radioulnárnej separácií došlo postupne od úrazu v júli až do decembra. Vo februári nasledujúceho roku bola pacientke doporučená operačná stabilizácia ortopédom, ktorý ako prvý diagnostikoval stav. Pacientka následne absolvovala vyšetrenia viacerých špecializovaných pracovísk U. N. (Košice, Martin, Bratislava). Dg. záver bol v súlade s záverom prvého ortopéda. Všetci zhodne stav hodnotili ako chronický následok poranenia zápästia (chronická distálna rádio – ulnárna instabilita) s operačným riešením stavu. U pacientky sa jedná o poškodenie triangulárneho fibroartilaginozneho komplexu (TFCC). Je to väzivovo – chrupavková štruktúra, ktorá je najdôležitejším stabilizátorom distálneho radioulnárneho kĺbu. K jeho poškodeniu došlo pri pronosupinačnom pohybe. Klinicky sa stav prejavuje ako distorzia zápästia. Pri primárnom ošetrení je poranenie nediferencované, Rtg nález je negatívny, stav sa

prejavuje len bolesťami pri rozcvičovaní po odstránení dlahy, ťažkosti ale postupne narastajú a nastáva zhoršenie bolestí pri bežných úkonoch. Magnetická rezonancia neprispieje k diagnostike, poranenie väzov nemusí byť viditeľné a MR jednoznačne nerozliší akútne a chronické zmeny na väzoch zápästia. CT určí poranenie skeletu a nie väzivovú léziu. Jediná metóda, ktorá spoľahlivo určí túto diagnózu, je artroskopia zápästia. Liečba závisí od poškodenia, ktoré by bolo zistené artroskopicky. Neúplná lézia je liečená konzervatívne. Úplne poškodenú radioulnárnu disociáciu je možné riešiť artroskopicky alebo otvorenou operáciou. Artroskopia zápästia sa robí sa len na vysoko špecializovaných pracoviskách.

K výkonu dohľadu v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. prizval úrad odborného konzultanta v medicínskom odbore traumatológie.

Záver: U pacientky v dôsledku úrazu sa postupne vyvinula distálna radioulnárna instabilita na podklade poškodenia väzov. Toto ochorenie je možné diagnostikovať až s niekoľko mesačným odstupom v chronickom štádiu, po neúspechu konzervatívnej liečby, ak dôjde ku klinicky jednoznačnej radioulnárnej disociácii. Až v tomto štádiu sa vykonáva artroskopia zápästia, ktorá nie je bežnou metódou vyšetrenia. Pri prvom vyšetrení nebolo možné predvídať ďalší vývoj zdravotného stavu, ktorý bol v diagnostike a liečbe riešený postupne, tak ako progredovali subjektívne ťažkosti a klinický stav pacientky. V prezentovanom prípade nie je možné tvrdiť, že ochorenie u pacientky vzniklo na základe nesprávne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ďalšiemu priebehu ochorenia nebolo možné v tom čase zabrániť. Zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne, nedošlo k porušeniu § 4 ods. 3. zákona č. 576/2004 Z. z.

Niestabilnosť stawu łokciowego

Martoš, R.

Urząd Nadzoru Zdrowotniego

Niniejszy opis przypadku analizuje wniosek z działalności nadzorczej przeprowadzonej z inicjatywy 48 – letniej kobiety, która wezwała urząd do przebadania prawidłowości świadczenia opieki zdrowotnej po wypadku .

Niestabilność łokciowa – przebieg choroby

Dnia 12. 07. pacjentka poczuła podczas pracy pęknięcie w nadgarstku. Badanie chirurgiczne, mechanizm urazu nie wskazał na poważne obrażenia, nie został wykryty lub widoczny patologiczny stan kości łokciowej. Rtg był bez patologicznych zmian. Ręka była unieruchomiona szyną 3 tygodnie, następnie rehabilitowana. Po 2 miesiącach leczenia posłana na ortopedię, rentgen i badania niezarejestrowały zwichnięcie kości łokciowej i uszkodzenie połączenia łokciowego. Dopiero dnia 07. 12 pierwszy raz klinicznie opisana niestabilność łokciowa. W dniu 22. 02, to znaczy po około 3 miesiącach konserwatywnego leczenia, była polecona pacjentce operacja, którą odmówiła. Do separacji łokciowej doszło stopniowo od wypadku w czerwcu do grudnia. W lutym następnego roku ortopeda, który jako pierwszy diagnostykował ten stan, polecił pacjentce operację. Następnie pacjentka absolwowała badania w kilku wyspecjalizowanych placówkach (Košice, Martin, Bratislava). Wniosek był zgodny z wnioskiem pierwszego ortopedy. Wszyscy zgodnie ocenili stan jako przewlekły stan w wyniku urazu nadgarstka (przewlekła niestabilność stawu łokciowego) i operacyjne rozwiązanie danego stanu. W przypadku pacjentki idzie o uszkodzenie triangularnego fibrokartilaginoznego kompleksu. Jest to szkieletowa struktura chrząstki, która jest najważniejszym stabilizatorem dystalnego stawu łokciowego. Jego uszkodzenie nastąpiło podczas ruchu. Klinicznie objawia się to jako dystorsja nadgarstka. Przy pierwszym badaniu rana nie była uszczegółowiona, wynik rtg był negatywny,

stan przejawia się tylko bólami przy ćwiczeniu po zdjęciu szyny, stopniowo problemy wzrastają i zaczynają bóle przy codziennych czynnościach. Rezonans magnetyczny nie przyczynia się do rozpoznania diagnozy, urazy więzadła nie muszą być widoczne i rezonans magnetyczny nie rozróżni ostre i przewlekłe zmiany w więzadłach nadgarstka. Tomograf określi urazy szkieletowe, ale nie zmiany więzadeł. Jedyną metodą, która może wiarygodnie określić tę diagnozę, jest artroskopia nadgarstka. Leczenie zależy od uszkodzeń, które mogłyby być obserwowane artroskopowo. Niekompletne zmiany są leczone konserwatywnie. Całkowicie uszkodzoną łokciową dysocjację można leczyć artroskopowo lub otwartą operacją. Artroskopia nadgarstka jest wykonywana tylko w wysoko specjalistycznych placówkach. Do sprawowania nadzoru zgodnie z ustawą nr 581/2004 urząd wezwał konsultanta w dziedzinie medycyny traumatologii.

Wniosek : U chorej z powodu kontuzji stopniowo rozwinęła się niestabilność łokciowa na podstawie uszkodzenia więzadeł. Choroba ta może być diagnostykowana dopiero po kilkumiesięcznym odstępie w fazie przewlekłej po nieudanej konserwatywnej terapii, jeżeli jednoznacznie wzniknie łokciowa dysocjacja. Dopiero w tym etapie robi się artroskopia nadgarstka, która nie jest zwykłą metodą leczenia. Podczas pierwszego badania nie można było przewidzieć dalszy rozwój choroby, który był w diagnostyce i leczeniu rozwiązany stopniowo tak, jak rozwijały się subiektywne trudności i kliniczny stan zdrowia pacjentki. W prezentowanym przypadku nie można twierdzić, że choroba u pacjentki wzniknęła na podstawie nieprawidłowo udzielonej opieki zdrowotnej. W tym czasie nie dało się uniknąć dalszemu przebiegu choroby. Opieka zdrowotna była świadczona w pełnym zakresie, nie stwierdzono naruszenia § 4 ust. 3 Ustawa nr 576/2004 Dz. U.

Superoxidy a ich použitie v ranách

Polóny, P.

Polofarma Martin

V prednáške som sa snažil využiť nové poznatky superoxidovaného roztoku pri liečbe chronických rán.

Uvedený roztok prináša svojimi fyzikálno – chemickými vlastnosťami riešenie multidisciplinárne (v chirurgii, gynekológii, traumatológii, dermatológii).

Superoxidovaný roztok je vysoko účinný, rýchly po kontakte s infikovaným prostredím. Výrazne obmedzuje dlhodobé používanie lokálneho ATB a skracuje dobu liečby so znížením finančných nákladov.

Spĺňa aj nové trendy pri liečbe chronických rán a zápalov, hlavne na sliznici – tzv. vlhké hojenie rán.

V druhej časti prednášky som spomenul použitie sekundárneho krytia – tzv. hydroaktívny gel – aquagel. Prednosťou je efektívna podpora vývoja granulácií s následnou reepitelizáciou a tvorbou nového kožného krytu.

Základným zložením je 97% roztok superoxidu a 1% Polygel, 2% Trietalamín (50%) pH 7 – 7, 5.

Prináša ľahké a rýchle ošetrenie rany. Znižuje alkalické pH v rane, dodáva vlhkosť, uvoľňuje nekrózy.

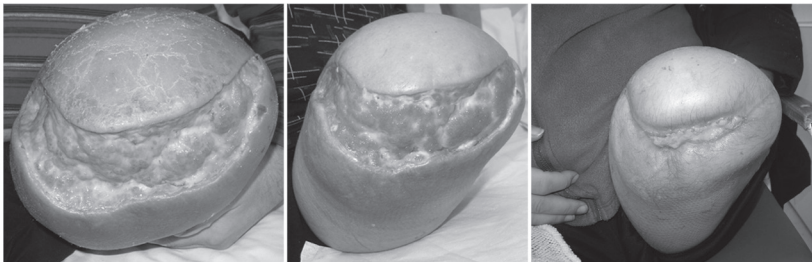
Indikáciou aquagelu sú predvážne rany v čistiacej a granulačnej fáze.

V závere prednášky sú uvedené dve kazuistiky. V oboch prípadoch je pacientom diabetik.

70 ročný muž



52 ročný muž



Supertlenki i ich zastosowanie w ranach

Polóny, P.

Polofarma Martin

W wykładzie starałem się wykorzystać nowe informacje super utlenionego roztworu tlenu w leczeniu ran przewlekłych.

Dany roztwór, dzięki swoim właściwościom fizyko – chemicznym, przynosi rozwiązanie multidyscyplinarne (w chirurgii, ginekologii, chirurgii urazowej, dermatologii).

Super utleniony roztwór jest bardzo skuteczny i szybki w kontakcie z zakażonym środowiskiem. Znacznie ogranicza on długotrwałe stosowanie miejscowych antybiotyków i skraca okres leczenia wraz ze zmniejszeniem kosztów finansowych.

Spełnia nowe trendy w leczeniu ran przewlekłych i stanów zapalnych, zwłaszcza w błonie śluzowej – tzw. wilgotne gojenie ran.

W drugiej części wykładu wspominałem o zastosowaniu pokrycia wtórnego – tzw. hydroaktywny żel – aquagel. Jego zaletą jest skuteczne wspieranie rozwoju granulacji i następnie ponownej epitelizacji i tworzenia nowej pokrywy skóry.

Podstawowym składnikiem tej substancji jest w 97% roztwór nadtlenu, 1% Polyligel i 2% Trietalamín (50%), a jego pH równe jest 7 – 7, 5.

Substancja zapewnia łatwe i szybkie leczenie ran. Zmniejsza zasadowe pH w ranie, utrzymuje ranę wilgotną i rozpuszcza martwicę tkanek.

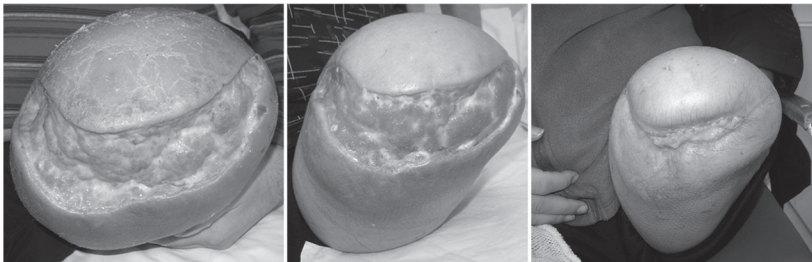
Wskazaniem do stosowania aquagelu są głównie rany w fazie gojenia czyszczącej i ziarnistej.

Na koniec wykładu przytoczyłem dwa opisy przypadków, w obydwóch pacjentem jest diabetyk.

70-letni mężczyzna



52-letni mężczyzna



Manažment liečby hypertenznej krízy

Malicher, M.

Interná ambulancia Čadca

Hypertenzna kriza je akutny zivot ohrozujuci stav charakterizovany náhlým vzostupom krvneho tlaku a zlyhaním zivotne dolezitych organov – TK spravidla nad 220/120. Prakticky rozdelujeme hypertenznu krizu na – Emergentne stavy – náhly vzostup TK / 220/120 sprevádzany zlyhaním zivotne dolezitych organov – CNS, KVS, obliciek. – Urgentne stavy – vzostup TK na 180/110 – bez organoveho zlyhania.

Liecba – Emergentne stavy – ihneď i. v. aplikácia s naslednou hospitalizaciou/JIS/TK znizit postupne o 1 – 2 hod. o 25perc. ev na 160/100, 110

Urgentne stavy – p. o. liecba + následná iv. liecba – nemusí byt hospitalizacia

Spektrum liecb: 1. Sed´acia – MgSO₄, Diazepam

2. Captopril – 25 – 100mg p. o.

3. Diuretika – Furposemid 40 – 100mg i. v

4. Urapidil – 25 – 50mg i. v. ev kontinualne 2 – 25mg/hod

5. Nitraty – Nitroglycerin p. o. Nitro – Mack – 5 – 10mg i. v/hod , Iso – ket 2 – 10mg. i. v, Nitroprusid sodny – 0, 2 – 10ug/kg/min

6. Betablokatory – metoprolol 5 – 10mg i. v

7. ACEi – enalaprilat – 0, 625 – 1, 25 mg. i. v

8. Blokatary Ca kanala – nimodipin, nicardipin

Kategória	Systolický t. (mmHg)	Diastolický t. (mmHg)
Optimálna hodnota	< 120	< 80
Normálna hodnota	< 130	< 85
Vyššia normálna hodnota	130 - 139	85 - 89
I. stupeň hypertenzie (mierna)	140 - 159 140 - 149	90 - 99 90 - 94
II. stupeň hypertenzie (stredne ťažká)	160 - 179	100 - 109
III. stupeň hypertenzie (ťažká)	≥ 180	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenzia	≥ 140	< 90

Hypertenzná kríza

Emergentné stavy

náhly vzostup TK (220/120) sprevádzaný akútnym zlyhaním orgánov

- CNS
- kardiovaskulárneho
- obličiek

Urgentné stavy

vzostup TK (180/110) bez orgánového zlyhania

akcelerovaná hypertenzia
maligna hypertenzia

Hypertenzná kríza

Klinické obtiaže

- bolesť na hrudníku 27%
- bolesť hlavy 22 - 40%
- dýchavica 22%
- epistaxa 17%
- slabosť a psychomotorická agitovanosť 10 - 22%

Sposób postępowania przy przełomie nadciśnieniowym

Malicher, M.

Gabinet Internistyczny Czadca

Przełom /kryza/ nadciśnieniowy jest stanem zagrożenia życia, który charakteryzuje nagły wzrost ciśnienia krwi i objawy niewydolności ważnych narządów – przy wartościach ciśnienia powyżej 220/120. W przełomie nadciśnieniowym rozróżniamy dwa stany wymagające szybkiej interwencji. Stany nagłe – wzrost ciśnienia do ponad 220/120, któremu towarzyszą symptomy niewydolności ważnych dla życia organów – CNS, układu sercowo – naczyniowego, nerek. Stany pilne – wzrost ciśnienia do 180/110 – bez symptomów niewydolności organów.

Leczenie w stanach nagłych – natychmiastowe podanie we wlewie dożylnym, z następną hospitalizacją na OIOM. Ciśnienie należy obniżać stopniowo, w przeciągu 1 – 2 godzin spadek o 25 %, wzgl. do wartości 160/100, 110

Stany pilne – podanie leków p. o. + następnie we wlewie dożylnym – nie jest konieczna hospitalizacja.

- Spektrum terapii: 1. Środki o działaniu sedatywnym – MgSO₄, Diazepam
2. Captopril – 25 – 100mg p. o.
 3. Diuretika – Furosemid 40 – 100mg i. v
 4. Urapidil – 25 – 50mg i. v. wzgl. kontynualnie 2 – 25mg/hod
 5. Nitraty – Nitroglicerynan p. o. Nitro – Mack – 5 – 10mg i. v/godz. , Iso – ket 2 – 10mg. i. v, Nitroprusid sodowy – 0, 2 – 10ug/kg/min
 6. Betablokery – metoprolol 5 – 10mg i. v
 7. ACEi – enalaprilat – 0, 625 – 1, 25 mg. i. v
 8. Blokery kanału wapniowego – nimodipin, nicardipin

Kategoria	Ciśnienie skurczowe (mmHg)	Ciśnienie rozkurczowe (mmHg)
Ciśnienie optymalne	< 120	< 80
Ciśnienie prawidłowe	< 130	< 85
Ciśnienie wysokie prawidłowe	130 - 139	85 - 89
Nadciśnienie I stopnia - łagodne	140 - 159 140 - 149	90 - 99 90 - 94
Nadciśnienie II stopnia - umiarkowane	160 - 179	100 - 109
Nadciśnienie III stopnia - ciężkie	≥ 180	≥ 110
Nadciśnienie izolowane skurczowe	≥ 140	< 90

Przełom nadciśnieniowy

Stany nagłe

Nagły wzrost ciśnienia (220/120) któremu towarzyszą symptomy niewydolności organów

- CNS
- układu sercowo-naczyniowego
- nerek

Stany pilne

Wzrost ciśnienia (180/110) bez towarzyszących powikłań narządowych

Nasilające się nadciśnienie

Złośliwa forma nadciśnienia tętniczego

Przełom nadciśnieniowy

Objawy kliniczne

- ból w klatce piersiowej 27%
- ból głowy 22 - 40%
- duszność 22%
- krwotok z nosa 17%
- osłabienie i pobudzenie psychomotoryczne 10 - 22%

Hypertyreóza v gravidite a v postpartálnom období

Urbánková H. – Vaňuga P. – Hruška J.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav Lubochňa

Tyreopatia je najčastejšie preexistujúce endokrinné ochorenie počas gravidity. Prevalencia hypertyreózy (Tx) v gravidite je 3 – 4%. Neliečená Tx v gravidite je spojená so zvýšenou morbiditou a mortalitou matky aj plodu.

Perzistenciu alebo relaps Tx treba vylúčiť už na začiatku tehotnosti. Diagnóza Tx môže byť ťažká, ak sa na ňu aktívne nemyslí, pretože klinika sa prekrýva s typickými symptómami gravidity (hypermetabolický sy).

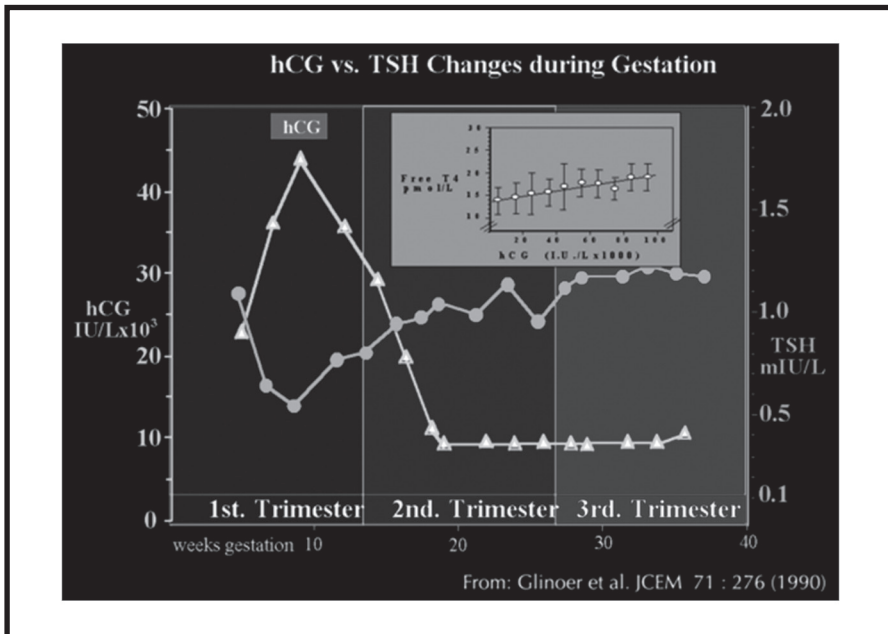
Medzi hlavné príčiny Tx v gravidite patria MGB (autoimunitná Graves – Basedovova choroba) a GTT (neautoimunitná gestačná transientná tyreotoxikóza), ktorých rozlíšenie v gravidite je podstatné z hľadiska rôzneho terapeutického prístupu a ďalšieho sledovania pacientiek.

Dôležité je udržanie remisie Tx a vyhýbanie sa iatrogénnej hypotyreóze, ktorá môže negatívne ovplyvniť psychomotorický vývoj plodu. Zásadou tyreostatickej liečby v gravidite je podávanie tyreostatík v minimálnych dávkach a čo najkratšie. Preferuje sa podávanie Propylthiouracilu v I. trimestri a Thiamazolu v II. a III. trimestri gravidity.

V postpartálnom období je dôležité rozlíšenie MGB od hypertyreózneho štádia v rámci tzv. postpartálnej tyreoiditídy – a to nielen pre odlišný terapeutický prístup, ale aj pre odlišný management a prognózu pacientiek.

Pričasnej diagnostike a adekvátnej liečbe Tx je prognóza pre matku a plod výborná.

[http://www.endokrynologia.net/category/tags/hormony – tarczycy](http://www.endokrynologia.net/category/tags/hormony-tarczycy)



Kedy je indikovaná tyreoidektómia?

- zriedkavý terapeutický prístup (II. trimester)
- špeciálne indikácie:
 - nedostatočný efekt tyreostatickej liečby
 - non-compliance
 - NÚ liečby (alergia, leukopénia, hepatitída)
- hlavné argumenty proti operácii počas gravidity:
 1. anesteziologické a chirurgické riziko prevyšuje riziko NÚ tyreostatickej liečby na plod
 2. perioperačné kolísanie hladín tyreoidálnych hh.

Kojenie a tyreostatika

- v minulosti boli tyreostatiká kontraindikované
- za relatívne bezpečné sa považujú nízke dávky tyreostatík - liek voľby Thyrozol
- len 0,3-0,8% z dennej dávky tyreostatika prechádza do mlieka (čo neovplyvní TSH dojčťa)
- odporúčame užívať tyreostatiká po nakojení
- vyšetrenie dojčiat sa paušálne nerealizuje
- pri častých postpartálnych tyreoiditídach (prechodná hypertyreóza) je zbytočne ukončené kojenie

Hypertyreóza v gravidite- odkazy pre prax

- odlíšenie MGB a GTT!
- odlíšenie MGB a PPT!
- imunotolerancia v gravidite - častá remisia tx
- TSH v I. trimestri je nespoľahlivý ukazovateľ
- stačí dosiahnuť FT4 na hornú hranicu normy (TSH môže byť suprimované)
- minimálne dávky tyreostatík čo najkratšie (preto nutné časté kontroly)
- pozor na iatrogénnu hypotyreózu navodenú tyreostatikom - negatívny vplyv na vývoj plodu
- nevyhnutná kontrola po pôrode - častý relaps tx
- venovať zvýšenú pozornosť novorodencovi

Nadczynność tarczycy w ciąży i połogu

Urbánková H. – Vaňuga P. – Hruška J.

Państwowy Instytut Endokrynologii i Diabetologii Lubochňa

Choroby tarczycy i przytarczyc to najczęściej występujące zaburzenia endokrynologiczne, które mogą się zaostrzyć w ciąży. Nadczynność tarczycy (Tx) występuje u 3 – 4% ciężarnych. Nadczynność tarczycy, nie leczona w ciąży, ma związek ze wzrostem zachorowalności i umieralności matki i płodu.

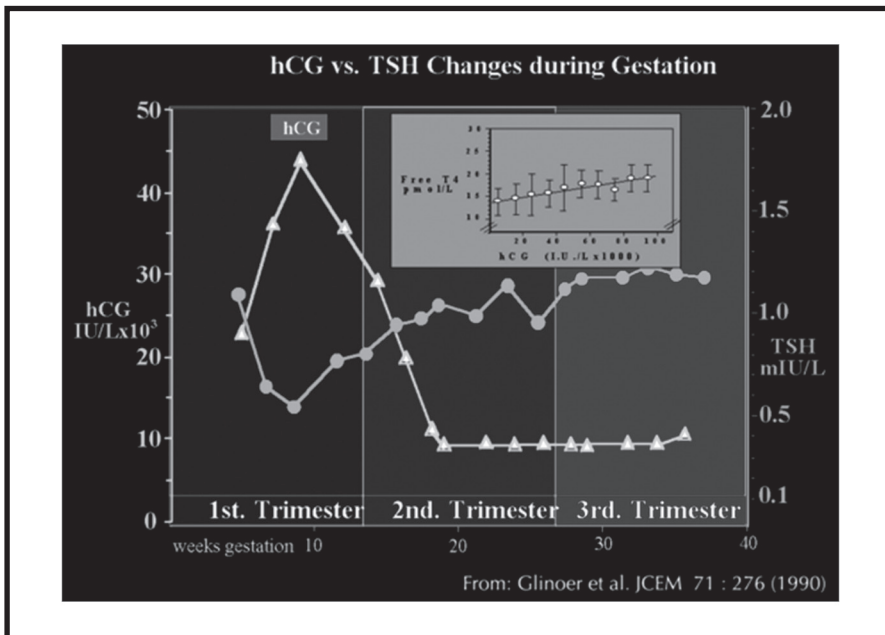
Istnienie lub nawrót nadczynności tarczycy należy zweryfikować już na początku ciąży. Diagnoza Tx może być poważna, jeśli się jej nie bierze aktywnie pod uwagę, gdyż objawy kliniczne pokrywają się z objawami typowymi dla samej ciąży (stan hypermetaboliczny).

Najczęstszą przyczyną nadczynności tarczycy u kobiet w ciąży jest MGB (choroba Gravesa i Basedowa, choroba o podłożu autoimmunologicznym) i GTT (tyreotoksykoza ciążowa), których odróżnienie w ciąży jest istotne ze względu na różne podejście terapeutyczne oraz dalszą obserwację pacjentek.

Bardzo ważne przy nadczynności tarczycy jest utrzymanie okresu bezobjawowego oraz niedopuszczenie do jatrogennej niedoczynności tarczycy, która może mieć niekorzystny wpływ na rozwój psychomotoryczny płodu. Zasadą leczenia zaburzeń tarczycy w ciąży jest podawanie leków tyreostatycznych w minimalnych dawkach i przez jak najkrótszy okres. Preferuje się podawanie Propylthiouracilu w I trymestrze a Thiamazolu w II i III trymestrze ciąży.

W okresie połogu bardzo ważne jest odróżnienie MGB od fazy niedoczynności w ramach tzw. pociążowego zapalenia tarczycy – i to nie tylko ze względu na różne postępowanie terapeutyczne, ale także różny monitoring i prognozę pacjentek.

Przy wczesnej diagnostyce i odpowiednim leczeniu nadczynności tarczycy prognoza dla matki o płodu jest bardzo dobra.



Kiedy jest wskazane chirurgiczne usunięcie tarczycy?

- sporadyczne podejście terapeutyczne (II trymestr)
- wskazania specyficzne:
 - niedostateczny efekt leczenia tyreostatykami
 - brak współpracy ze strony pacjentki
 - działanie uboczne leków (alergia, spadek ilości leukocytów, zapalenie wątroby)
- Główne argumenty przeciw operacji w czasie ciąży:
 1. ryzyka związane z anestezjologią i zabiegiem chirurgicznym przewyższają ryzyka niesprzyjającego wpływu leczenia tyreostatykami na płód
 2. międzyoperacyjne wahania poziomu hormonów tarczycy

Karmienie piersią a tyreostatyki

- w przeszłości były tyreostatyki niewskazane
- jako stosunkowo bezpieczne uważa się niskie dawki tyreostatyków- opcja: lek Thyrozol
- zaledwie 0,3-0,8% z dziennej dawki tyreostatyku przenika do mleka (nie ma wpływu na TSH niemowlęcia)
- zalecamy używać tyreostatyki po karmieniu
- nie dokonuje się badań ogólnie wszystkich niemowląt
- przy częstych zapaleniach tarczycy w okresie poporodowym (przejściowa nadczynność tarczycy) jest zbędne skończenie karmienia piersią

Nadczynność tarczycy w ciąży – wnioski dla praktyki

- odróżnienie ch. Gravesa i Basedowa od tyreotoksykozy ciężarnych!
- odróżnienie ch. Gravesa i Basedowa od PZT !
- immunotolerancja w ciąży - częsta remisja tx
- TSH w I trymestrze nie jest pewnym wskaźnikiem
- wystarczy doprowadzić poziom FT4 do górnej granicy normy (TSH może być obniżone)
- minimalne dawki tyreostatyków i jak najkrócej (dlatego potrzebne częste kontrole)
- uwaga na jatrogenną niedoczynność tarczycy spowodowaną tyreostatykiem - negatywny wpływ na rozwój płodu
- niezbędna kontrola po porodzie - często nawrót tx
- szczególnej uwagi wymaga noworodek

Extrauterinná gravidita – terapia

Tholt, M. – Pániková, Ľ. – Turňová, P.

Gynekologicko – pôrodnické oddelenie HNŠP, Trstená, SR

Autori v práci venujú pozornosť nielen operačným a medikamentóznym postupom v liečbe extrauterinnej gravidity (GEU), ale venujú sa aj problému fertility po tubárnej gravidite. Laparoscopia nahradila laparotómiu vo väčšine prípadov nielen v oblasti diagnostiky, ale aj terapie.

Výsledky: od roku 1995 – 2013 sme zaznamenali 148 prípadov GEU. Vzhľadom na cca 20 000 pôrodov za to isté obdobie to predstavuje nižší výskyt, ako sa uvádza vo svete. Súvisí to s religiozitou regiónu, nižším podielom užívania antikoncepcie, s nižšou promiskuitou, s tým súvisiacimi zápalovými ochoreniami, nízkym počtom UPT. V diagnostike sú využívané všetky najmodernejšie laboratórne a technické možnosti, v liečbe z roka na rok klesá počet laparotomicky ošetrovaných GEU. Sledovali sme riziko opakovania sa výskytu GEU po predchádzajúcej GEU (15%), resp. po dvoch predchádzajúcich GEU (95%), ako aj šance na budúce intrauterinné tehotenstvo (60%).

Záver: Zavedením centier asistovanej reprodukcie sa v mnohých prípadoch mení stratégia liečby GEU, čo súvisí aj u nás so vzrastajúcim počtom pacientiek liečených metódami IVF.

Preto upúšťame aj my od mnohých konzervatívnych postupov a uprednostňujeme radikálny laparoskopický spôsob riešenia.

Taktika terapie GEU:

- **invazívna**
 - laparotómia - radikálna
 - konzervatívna
 - laparoskopia - radikálna
 - konzervatívna
- **neinvazívna**
 - farmakologická

Spôsob ošetrovania:

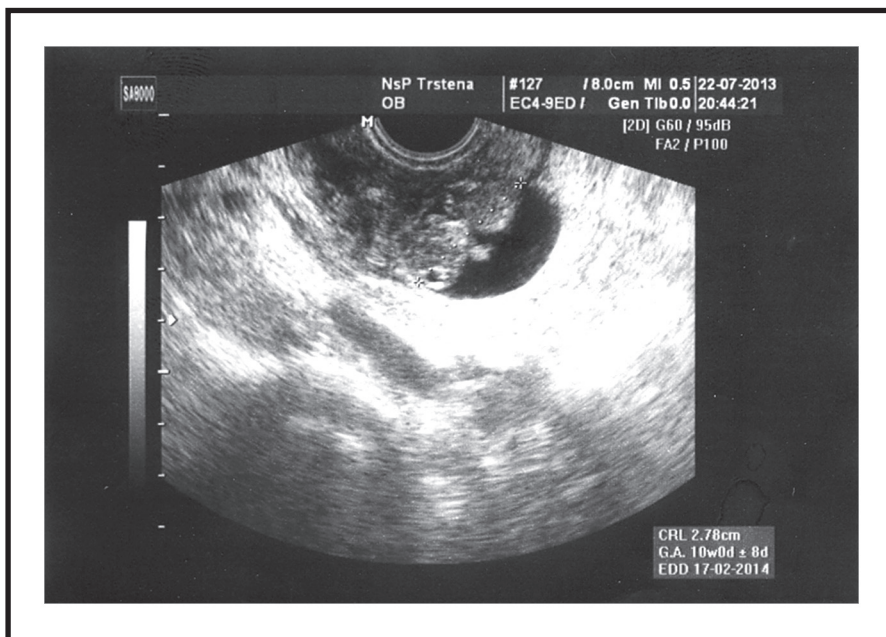
Laparotómia - 10,8%
Laparoskopia - 87,0%
Farmakologické - 2,2% - MTX (i. m.)

Úspešnosť intrauterinnej gravidity po GEU u nás liečených pacientek

59%

**Úspešnosť liečby pacientiek odoslaných do centier IVF
po bilaterálnej salpingektómii:**

90%



Graviditas extrauterina – terapia

Tholt, M. – Pániková, Ľ. – Turňová, P.

Oddział ginekologiczny HNSP Trstená

Autorzy zwracają uwagę nie tylko na procedury operacyjne i lecznicze w leczeniu ciąży pozamaciczej, ale pracują też nad problemem płodności (fertility) po ciąży pozamaciczej.

Laparoskopia zastąpiła laparotomię w większości przypadków, nie tylko w diagnozie, ale i w terapii.

Wyniki: od 1995 – 2013 roku mieliśmy na oddziale 148 przypadków GEU. Ze względu na około 20 tysięcy urodzeń w tym samym okresie, jest to mniejsza częstotliwość niż wskazano na świecie.

Jest to związane z religijnością regionu, niższym odsetkiem stosowania antykoncepcji, mniejszym promiskuityzmem i z tym związanymi chorobami zapalnymi, a także niewielką liczbą indukowanych aborcji. W diagnostyce są wykorzystywane wszystkie najnowocześniejsze laboratoryjne i techniczne możliwości. W leczeniu z roku na rok widać spadek przebadanych laparotomią. Obserwowaliśmy ryzyko nawrotu GEU po poprzedniej ciąży (15%), albo po dwóch poprzednich GEU (95%), jak i szanse na przyszłą intrauterinną ciążę (60%).

Wniosek:

Wprowadzenie Centrum Wspomagania Rozrodu w wielu przypadkach zmieniło strategię leczenia GEU, co jest związane z coraz większą liczbą pacjentów leczonych metodami IVF.

W związku z tym zrezygnowaliśmy z wielu konserwatywnych metod i wolimy radykalne laparoskopowe sposoby leczenia.

Taktika terapie GEU:

- **invazívna**
 - laparotómia - radikálna
 - konzervatívna
 - laparoscopia - radikálna
 - konzervatívna
- **neinvazívna**
 - farmakologická

Spôsob ošetrovania:

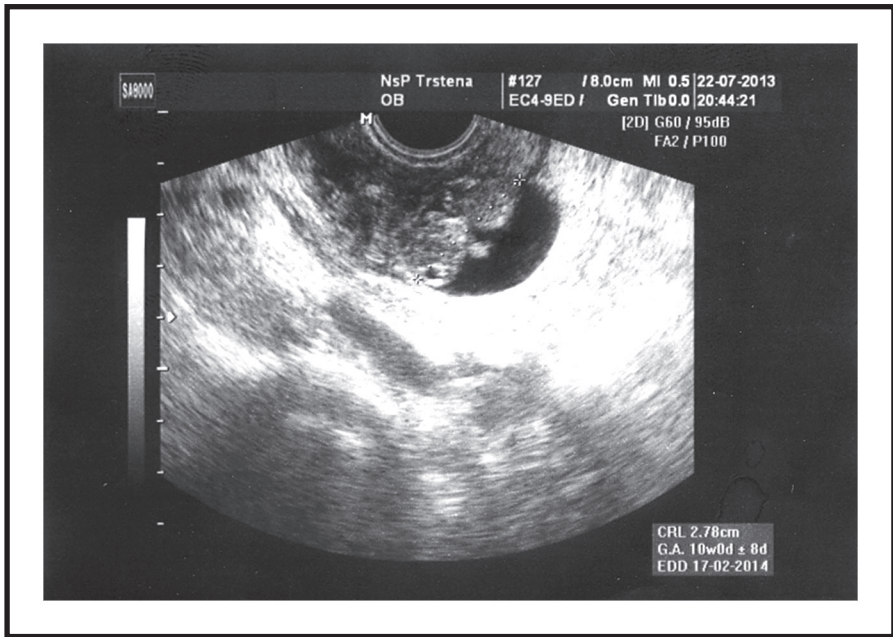
Laparotómia - 10,8%
Laparoscopia - 87,0%
Farmakologické - 2,2% - MTX (i. m.)

Úspešnosť intrauterinnej gravidity po GEU u nás liečených pacientek

59%

**Úspešnosť liečby pacientiek odoslaných do centier IVF
po bilaterálnej salpingektómii:**

90%



Vrodené Vývojové chyby srdca v materiáloch novorodeneckého oddelenia HNŠP Trstená v r. 2012 – IX/2013

Smatana Javošová, D.

Detská kardiologická ambulancia HNŠP Trstená

V práci prezentujeme výskyt vrodených srdcových chýb na Novorodeneckom oddelení HNŠP v Trstenej za obdobie r. 2012 – IX/2013

Práca obsahuje základné rozdelenie vrodených srdcových chýb, kritických vrodených chýb srdca, graficky zobrazenú škálu výskytu vrodených srdcových chýb diagnostikovaných na novorodeneckom oddelení HNŠP v Trstenej za r. 2012 – IX/2013 a 2 zaujímavé kazuistiky detí s komplexnou srdcovou chybou.

Výsledky:

Za uvedené obdobie bolo kardiologom vyšetrených 44 novorodencov.

r. 2012 z 1041 narodených detí bolo vyšetrených 24 detí.

Z toho malo 1 dieťa komplexnú srdcovú chybu vyžadujúcu urgentný transport do DKC.

4 deti mali poruchu rytmu, 5 detí defekt komorového septa a 2 deti defekt predsieňového septa.

12 detí malo pri vyšetrení nezávažné perzistujúce fetálne skraty.

r. 2013 do 1. IX. 2013 – z celkového počtu 625 narodených detí, bolo vyšetrených kardiologom 19 detí.

Z toho 4 deti mali srdcovú chybu vyžadujúcu transport do DKC v Bratislave.

5 detí malo defekt komorového septa. 2 deti defekt predsieňového septa.

9 detí malo pri vyšetrení nezávažné perzistujúce fetálne skraty.

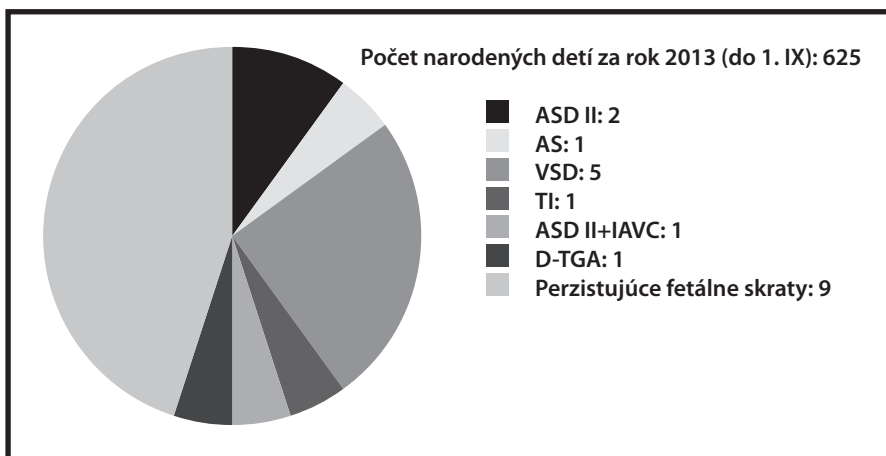
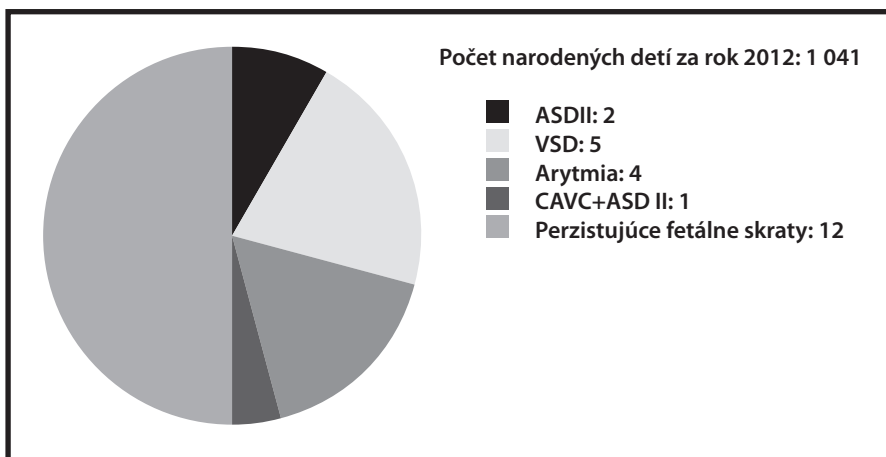
Záver:

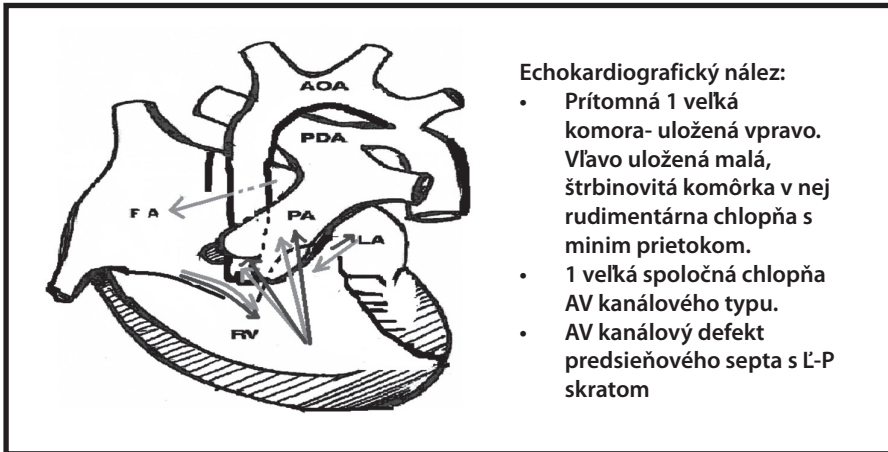
Výskyt vrodených srdcových chýb na Novorodeneckom oddelení HNŠP v Trs-

tenej v r. 2012 – 1. IX. 2013, nepresahuje celoslovenský priemer

Z celkového počtu 44 novorodencov, ktorí boli vyšetrení na našom pracovisku v uvedenom období, bolo do DKC preložených 5 detí. Z toho boli zatiaľ operované 3 deti.

Neexistovalo žiadne dieťa.





Hemodynamika:

Krv z pravej aj ľavej predsieni pritečie do jednej komorovej dutiny. V nej sa premieša a je v systole vypudená do pľúcnice aj aorty. Miešanie krvi v spoločnej komore nie je dokonalé. Pri najčastejšom type spoločnej komory tečie desaturovaná krv preferenčne do pľúcnice a oksyločená krv do aorty.

- Veľkosť prietoku pľúcny a systémový riečišom je závislá na pomere medzi odporom týchto riečišť.
- Prietok pľúcny riečišom
 - veľký: hemodynamika ako pri VSD- kardiálna dekompenzácia
 - malý: hemodynamika ako pri TA s malým prietokom pľúcny riečišom- hypoxémia

- preklad dieťaťa do DKC v Bratislave.
- Tam ECHOkardiograficky: SV +korigovaná transpozícia veľkých ciev + CAVC
- Heterotaxia, asplénia
- V. azygos a hemiazygos
- Ľavostranná a pravostranná Horná dutá žila
- Počas katetrizácie paroxysmus tachykardie:skrytá komorová preexcitácia

- Dieťa operované s cieľom odľahčiť spoločnú komoru a vybalansovať Qs:Qp .
- 1. etapa:
 - Bidirekčný glen
 - Bandáž arterie pulmonalis
 - Klipácia v. azygos a hemiazygos
- 2. etapa
- T.č. je už po definitívnom riešení: totálna kavopulmonálna anastomóza: Fontán
- Paréza pravej bránice-postoper.

Wrodzone wady serca w materiałach Oddziału Noworodków Górnoorawskiego Szpitala z Polikliniką Trstená w roku 2012 – IX/2013

Smatana Javošová, D.

Gabinet Kardiologii Dziecięcej HNŠP Trstená

W niniejszej pracy prezentujemy występowanie wrodzonych wad serca na Oddziale Noworodków HNŠP w Trstenej w okresie od roku 2012 – IX/2013

Praca zawiera podział ogólny wrodzonych wad serca, krytycznych wrodzonych wad serca, skalę graficzną występowania wrodzonych wad serca zdiagnostykowanych na Oddziale Noworodków HNŠP w Trstenej w okresie od roku 2012 – IX/2013 oraz 2 interesujące opisy przypadków dzieci ze złożoną wadą serca.

Wyniki:

W danym okresie zostało zbadanych kardiologicznie 44 noworodków.

W roku 2012 z 1041 urodzonych dzieci badaniu kardiologicznemu poddano 24 detí .

Z tej liczby dzieci 1 miało kompleksową wadę serca, co wymagało natychmiastowe przewiezenie do Centrum Kardiologii Dziecięcej.

W 4 przypadkach zdiagnostakowano arytmie, u 5 dzieci ubytek przegrody międzykomorowej i u 2 dzieci ubytek przegrody międzyprzedsionkowej.

U 12 dzieci stwierdziliśmy w badaniach niegroźne przewlekłe przecieki wrodzone.

W roku 2013 do 1. IX. 2013 – z ogólnej liczby 625 urodzonych dzieci wymagało badania kardiologicznego 19 noworodków.

Z tego 4 dzieci miało wadę serca wymagającą natychmiastowej interwencji i przewiezienia do Centrum Kardiologii Dziecięcej w Bratysławie.

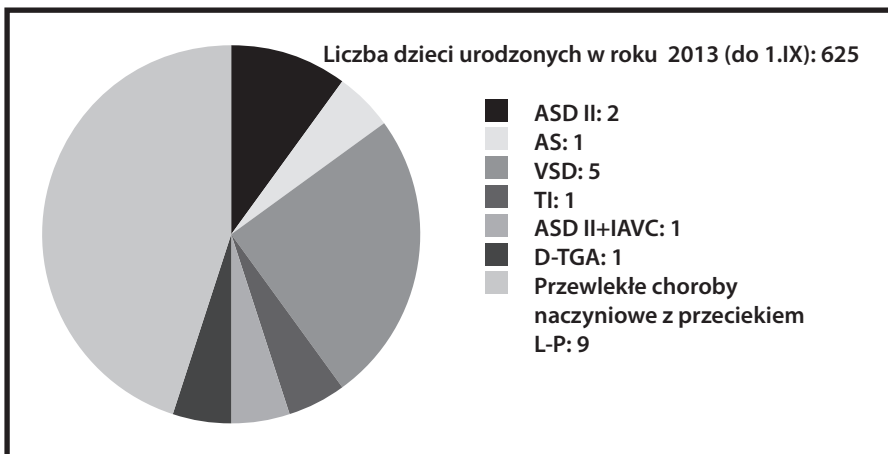
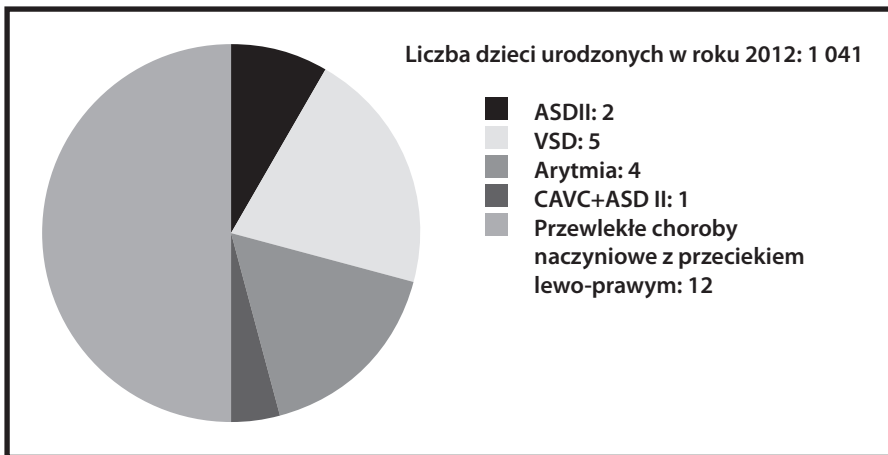
5 dzieci urodziło się z ubytkiem przegrody międzykomorowej a 2 dzieci z ubytki-

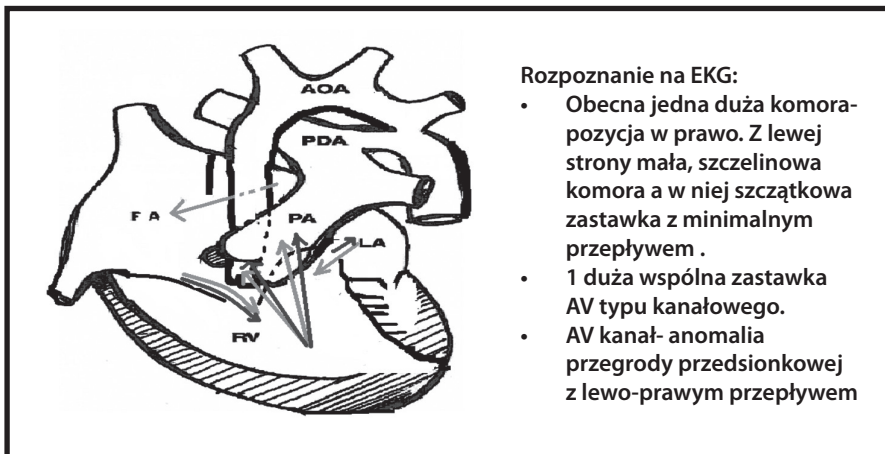
em przegrody międzyprzedsionkowej.

W badaniach 9 stwierdziliśmy niegroźne przewlekłe przecieki wrodzone.

Wnioski:

Z ogólnej liczby 44 noworodków, które zostały zbadane kardiologicznie na naszym oddziale w danym okresie 5 zostało przewiezionych do Centrum Kardiologii Dziecięcej, obecnie 3 z nich były operowane. Nie zmarło żadne z dzieci.





Hemodynamika:

Krew z prawego i lewego przedsionka napływa do jednej jamy komorowej. W niej ulega zmieszaniu i w fazie skurczowej zostaje wyrzucona do żyły płucnej oraz do aorty. Mieszanie krwi we wspólnej komorze jest niezupełne. Przy najczęściej występującym typie jednej wspólnej komory jest krew odtleniona preferencyjnie wyrzucana do tętnicy płucnej a krew utleniona do aorty.

- Wielkość przepływu przez mały i duży krwioobieg zależy od stosunku między oporami naczyniowymi tych krwioobiegów.
- Przepływ w płucnym /małym/krwioobiegu
 - duży przepływ: hemodynamika jak przy VSD- niewydolności serca
 - mały: hemodynamika jak prze TA z małym przepływem w krwioobiegu płucnym - hipoksemia

- Przewiezienie dziecka do Centrum Kardiologii Dziecięcej w Bratysławie.
- Tam ECHOkardiografia: SV + skorygowane przełożenie dużych naczyń + CAVC
- Heterotaksja, brak śledziony
- V. azygos i hemiazygos /żyła nieparzysta i żyła nieparzysta krótka/
- Lewostronana i prawostronna żyła główna górna
- Podczas katetyzacji napad tachykardii: nie ujawnione migotanie komór

- Dziecko operowane w celu odciążenia wspólnej komory i zbalansowania Qs:Qp .
- Etap 1:
- Dwukierunkowe zespolenie Glenna
- Banding – opaska zważająca tętnicę płucną
- Zespolenie (klips) v. azygos i hemiazygos
- Etap 2:
- obecnie jest już po ostatecznym rozwiązaniu: całkowite połączenie żylnopłucne: operacja sposobem Fontana
- Porażenie prawej kopuły przepony - pooperacyjne

Ako sme sa dopracovali k smithovmu syndrómu (kazuistika)

Lašíková, M. a kolektív

Detcké oddelenie DONsP Dolný Kubín

Smithov syndróm je kombináciou agenézy corpus callosum a hypopituitarizmu. Príčinou tohto zriedkavého ochorenia sú štruktúrové anomálie mozgu; genetická etiológia nie je známa. V kazuistike prezentujeme prípad chlapca, u ktorého sa ochorenie manifestovalo závažnými hypoglykémiami, psychomotorickou retardáciou a retardáciou rastu. Včasná diagnostika a hormonálna substitučná terapia môžu zlepšiť prognózu ochorenia.

Kazuistika

Chlapec je štvrtým dieťaťom zo siedmej gravidity, pôrod v EDA ukončený vákuomextraktorom v 39. týždni gravidity, 3790 g/ 52 cm. Po vybavení dieťa nedostatočne dýcha, chabé, po reflexnej stimulácii a inhalácii O₂ stav zlepšený, chlapec uložený na adaptáciu do inkubátora. Po 12 hodinách sa rozvinul adnatný infekť, RTG vyšetrením hrudníka bola verifikovaná adnatna pneumonia, dieťa vyžaduje podpornú ventiláciu N – CPAP; bola zahájená ATB terapia ampicilín – gentamycín; realizované kardiologické vyšetrenie so záverom parainfekčná myokarditída. V rámci skriningových vyšetrení bolo realizované i USG vyšetrenie mozgu s nálezom agenézy corpus callosum, ktorá bola verifikovaná CT vyšetrením.

Dieťa od prepustenia z novorodeneckého oddelenia prospieva, vážnejšie ochorenia ani úrazy neprekonal, býva však často chorý; dispenzarizovaný v imunoalergologickej ambulancii pre astmu bronchiale, alergiu na bielkovinu kravského mlieka s odporúčanou bronchodilatačnou terapiou; v kardiologickej ambulancii pre defekt predsieňového septa a v urologickej ambulancii pre testes migrans, fimózu.

Prvý raz sa závažná hypoglykémia manifestovala vo veku 15 mesiacov pri akútnej

gastroenteritíde; dieťa pri prijatí na JIS nášho oddelenia somnolentné, chabé, vstupná glykémia 1, 6 mmol/l. Endokrinologické vyšetrenie potvrdilo centrálny panhypopituitarizmus s deficitom ACTH, TSH, STH, v. s. aj LH a FSH; zahájená bola substitučná terapia Hydrocortisonom a Euthyroxom; indikované bolo NMR vyšetrenie mozgu so zameraním na hypothalamo – hypofyzárnu oblasť. O 3 mesiace neskôr dieťa opäť prijaté na JIS nášho oddelenia pre stav po poruche vedomia pri závažnej hypoglykémii (1, 2 mmol/l) v. s. pri absencii odporúčanej substitučnej hormonálnej terapie, kedy matka 2 dni vynechala liečbu.

NMR vyšetrenie mozgu bolo pre opakované respiračné a GIT infekcie dieťaťa realizované až vo veku 2 rokov s nálezom parciálnej agenézy corpus callosum, parciálnej empty sella, absencie signálu neurohypofýzy, atrofie stopky hypofýzy, v oblasti chiasma opticum nález ložiska veľkosti 4x4 mm na sledovanie /v. s. Ektopická neurohypofýza/. Vo veku 27 mesiacov bolo dieťa hospitalizované na našom oddelení pre akútnu gastritídu, matkou boli popisované suspektné krče horných aj dolných končatín; neurológom stav hodnotený ako triaška pri teplote; glykémie v medziach normy. Ako 2, 5 – ročný bol pacient opäť prijatý na naše oddelenie pre hypoglykémii (1, 5 mmol/l) pri respiračnom infekte; napriek závažnej hypoglykémii porucha vedomia nepozorovaná.

Kontrolné NMR vyšetrenie mozgu vo veku 3 rokov preukázalo identický nález s predchádzajúcim vyšetrením; nadržanom v deň plánovaného vyšetrenia sa u pacienta objavil stav ťažkej hypoglykémie, upravený na intravenózne terapii. O 2 mesiace neskôr dieťa cestou RLP privezené na JIS nášho oddelenia pre stav po hypoglykemickej kóme pri akútnej rinitíde; po príchode RLP dieťa v bezvedomí, glykémia nemerateľná, intravenózne prístup sa nedá zaistiť, preto glukóza podávaná bukkálne a intraoseálne (10 ml 40% glukózy); vstupná glykémia pri prijatí na hospitalizáciu 1, 6 mmol/.

Po treťom roku života bolo dieťa hospitalizované za účelom kontrolných odborných vyšetrení. Urologické vyšetrenie potvrdilo migrujúce testes, mikropenis; neuro-

lógom potvrdený ľahký difúzny hypotonický syndróm; endokrinologické vyšetrenie odhalilo ťažký deficit STH, RTG vyšetrením zápästia verifikovaný oneskorený kostný vek; indikované podávanie Choragonu v 3 dávkach, podávanie rastového hormónu; realizované i USG vyšetrenie nadobličiek a očné vyšetrenie s negatívnym nálezom.

Genetické vyšetrenie potvrdilo normálny karyotyp 46, XY; na základe kombinácie parciálnej agenézy corpus callosum, panhypopituitarizmu, hypoplázie genitálu, rastovej retardácie (vo veku 3 roky 3 mesiace výška 91 cm / - 1, 6 SD/), opakovaných hypoglykémii a psychomotorickej retardácie (chodiť začal ako 22 – mesačný, rozprávať začal ako 2, 5 – ročný) bola stanovená diagnóza Smithov syndróm.

Diskusia

Smithov syndróm je zriedkavé ochorenie; ide o kombináciu agenézy corpus callosum a hypopituitarizmu. Príčinou syndrómu sú štruktúrové anomálie mozgu; genetická etiológia nie je známa.

AGENÉZA CORPUS CALLOSUM je zriedkavá vrodená vývojová chyba charakterizovaná úplným alebo čiastočným chýbaním corpus callosum. Ide o poruchu vývoja fetálneho mozgu medzi 3. a 12. gestačným týždňom. Príčiny sú rôznorodé – chromozomálne mutácie, genetické faktory, prenatálna infekcia, trauma, pôsobenie toxických látok, metabolické poruchy; prípadne môže ísť o idiopatickú agenézu. Agenézu corpus callosum možno verifikovať MRI a CT vyšetrením; prenatálne USG vyšetrenie mozgu ju dokáže odhaliť po 20. týždni gravidity.

Klinický obraz je variabilný, ochorenie sa môže manifestovať hypotóniou, zaoštvávaním v psychomotorickom vývoji, mentálnou retardáciou, poruchami pamäti, poruchami koordinácie zraku a rúk, kŕčami.

Špecifická terapia ochorenia neexistuje. Prognóza závisí od rozsahu agenézy (čiastočná, resp. úplná) a od pridružených ochorení. Izolovaná agenéza corpus callosum má väčšinou dobrú prognózu.

HYPOPITUITARIZMUS je chorobný stav charakterizovaný nedostatočnou tvorbou hormónov hypofýzy. Príčinou môžu byť tumory, infekcie, traumy, vaskulár-

ne malformácie CNS, radiačné poškodenie, kongenitálne poruchy; prípadne môže ísť o idiopatický hypopituitarizmus.

Klinický obraz závisí od typu deficitu:

– somatotropínový hypopituitarizmus sa môže manifestovať proporcionálnym nanizmom, obezitou, hypoglykémiou, oneskoreným kostným vekom;

– pri hypogonadotropínovom hypogonadizme spontánne nenastupuje puberta; u chlapcov sú malé semenníky, znížená svalová sila, deficit spermiogenézy; u dievčat sú infantilné genitálie, chýbajú sekundárne pohlavné znaky;

– tyreotropínový hypopituitarizmus sa manifestuje obrazom hypotyreózy;

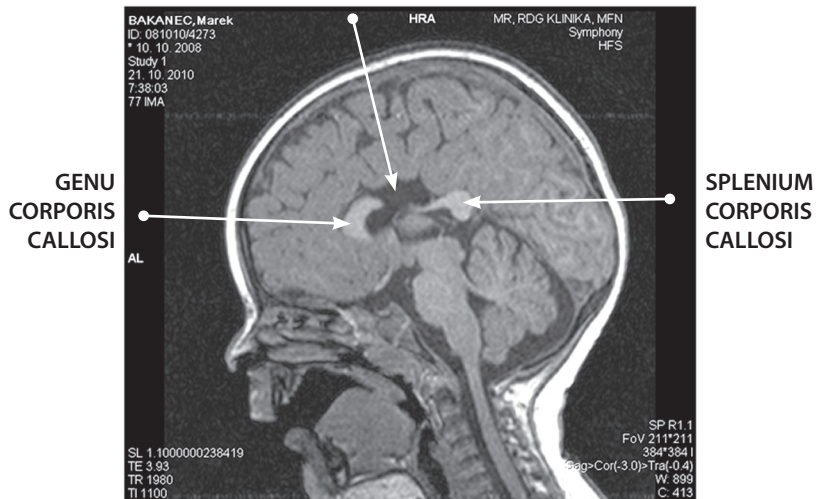
– k príznakom deficitu ACTH patrí slabosť, chudnutie, hypotenzia, hyperkalémia, hyponatrémia, hypoglykémia;

– nedostatok MSH sa prejaví chýbaním pigmentu.

Diagnostika je založená na stanovení hypofyzárnych hormónov; terapia je substitučná.

Prognóza ochorenia závisí od vyvolávajúcej príčiny; dobrú prognózu majú primerane substituovaní pacienti.

PARCIÁLNA AGENÉZA TRUNCUS CORPORIS CALLOSI



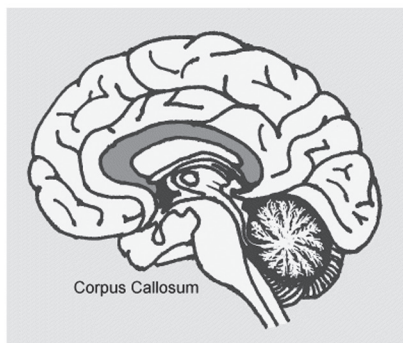
AGENÉZA CORPUS CALLOSUM

Zriedkavá VVCH mozgu charakterizovaná úplným alebo čiastočným chýbaním corpus callosum. Ide o poruchu vývoja fetálneho mozgu medzi 3. a 12. gestačným týždňom

ETIOLÓGIA: idiopatická, chromozomálne mutácie, genetické faktory, prenatálna infekcia, trauma, toxické látky, metabolické poruchy, štrukturálne abnormality mozgu (cysty...)

DIAGNOSTIKA:

- MRI
- CT
- Prenatálne USG (po 20. g.t.)



W jaki sposób wykryliśmy Zespół Smitha (kazuistyka)

Laštková, M. i kolektyw

Oddział Dziecięcy DONsP Dolný Kubín

Zespół Smith to połączenie agenezji ciała modzelowatego i niedoczynności przysadki. Przyczyną tej rzadkiej choroby są skonstruowane anomalie mózgowie, etiologia genetyczna jest nieznana. Przedstawiamy przypadek chłopaka, u którego choroba objawia się ciężką hipoglikemią, opóźnieniem psychoruchowym i opóźnieniem wzrostu. Wczesna diagnoza i hormonalna terapia zastępcza może poprawić prognozę choroby.

Opis przypadku

Chłopiec jest czwartym dzieckiem z siódmej ciąży, poród w EDA zakończony wyciągiem próżniowym w 39 tygodniu ciąży, 3790 g / 52 cm. Po porodzie dziecko oddycha słabo, jest słabe, po stymulacji refleksyjnej i inhalacji O₂ zlepšenie stanu, chłopiec umieszczony na adaptację do inkubatora. Po 12 godzinach rozwinęła się infekcja, RTG klatki piersiowej potwierdziło zapalenie płuc, dziecko wymaga wsparcia wentylacji nCPAP, rozpoczęto też terapię antybiotykami ampicyliną i gentamycyną ; badanie kardiologiczne potwierdziło zapalenie mięśnia sercowego. W ramach badań przesiewowych było zrealizowane badanie ultrasonograficzne mózgu ze stwierdzeniem agenezji corpus callosum, które zostało zweryfikowane przez tomografię komputerową.

Dziecko od zwolnienia ze szpitala rozwija się dobrze, poważne choroby ani wypadki nie były, ale jest często chore. Obserwowane jest w immunologicznej poradni ze względu na astmę bronchiale, alergię na białko mleka krowiego, zalecana terapia lekami rozszerzającymi oskrzela, w poradni kardiologicznej ze względu na ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej i poradni urologicznej ze względu na testes migrans, fimozu.

Po raz pierwszy objawiała się ciężka hipoglikemia w wieku 15 miesięcy podczas gastroenteritis, dziecko na izbie przyjęć na nasz oddział intensywnej opieki słabe, wartość glikemii 1,6 mmol / l. Badanie endokrynologiczne potwierdziło panhypopituitarizmus, deficyt ACTH, TSH, GH, LH i FSH, rozpoczęta terapia Hydrocortison i Euthyrox, wskazany rezonans magnetyczny mózgu z koncentracją na region podwzgórze – przysadka. Trzy miesiące później dziecko ponownie przyjęte na nasz oddział ze względu na zaburzenia świadomości w ciężkiej hipoglikemii (1,2 mmol / l) z braku zalecanej hormonalnej terapii zastępczej, gdy matka dwa dni lekceważyła leczenie.

Rezonans magnetyczny mózgu był ze względu na nawracające infekcje dróg oddechowych i przewodu pokarmowego przeprowadzony dopiero w wieku 2 lat, z wynikiem częściowej agenezji corpus callosum, częściowa empty sella, agenezja sygnału neurohypofyzy, atrofia łądzygi hypofyzy, w okolicy chiasma opticum ognisko chorobowe o wielkości 4x4 mm na obserwację / Ektopowa neurohypofyza/. W wieku 27 miesięcy dziecko hospitalizowane ze względu na gastroenteritis, matka opisała skurcze górnych i dolnych kończyn, neurolog ocenił ten stan jako drgawki gorączkowe, glikemia w normalnych granicach. 2,5 – letni pacjent został ponownie przyjęty na nasz oddział ze względu na hipoglikemię (1,5 mmol / l) podczas zapalenia dróg oddechowych, pomimo ciężkiej hipoglikemii zaburzenia świadomości nie były zaobserwowane.

Kontrolne badanie mózgu w wieku 3 lat wykazało wyniki identyczne jak z poprzedniego badania. Nad ranem, w dzień planowanego badania, u pacjenta wystąpił stan ciężkiej hipoglikemii, zmodyfikowany w terapii dożylniej. Dwa miesiące później dziecko przywiezione karetką na oddział intensywnej terapii na nasz oddział ze względu na stan po hipoglikemicznej śpiączce przy niezycie nosa. Po przyjeździe do szpitala dziecko nieprzytomne, glikemia tak niska, że niezmiernie, dożylny dostęp nie może zostać zapewniony, więc glukoza podawana doustnie (10 ml 40% glukozy), wartość glikemii przy przyjęciu na oddział 1,6 mmol / l.

Po trzecim roku życia dziecko zostało hospitalizowane w celu skontrolowania

badan. Badanie urologiczne potwierdziło testes migrans, mikropenis, neurolog potwierdził zespół hypotoniczny, badanie endokrynologiczne ujawniło ciężki deficyt hormonu wzrostu, badanie RTG opóźniony wiek kostny; wskazane podawanie Choragону w 3 dawkach, podawanie hormonu wzrostu, zrobione też badania USG nad nerzcy i badania oczu z wynikiem negatywnym .

Badania genetyczne potwierdziły normalny kariotyp 46, XY, oparty na kombinacji częściowej agenezji corpus callosum, panhypopituitarizmu, niedorozwój genitaliów, opóźnienie wzrostu (w wieku 3 lata 3 miesiące wysokość 91 cm / – 1,6 SD /), nawracające hipoglikemie i opóźnienie psychoruchowe (chodzić zaczął jako 22 – miesięczny, mówić w wieku 2,5 lat) – rozpoznano zespół Smitha.

Dyskusja

Zespół Smith jest rzadką chorobą, połączenie agenezji corpus callosum i niedoczynności przysadki. Przyczyną zespołu są strukturrowane anomalie mózgu, etiologia genetyczna nie jest znana.

Agenezja ciała modzelowatego jest rzadką wrodzoną wadą genetyczną charakteryzującą się całkowitym lub częściowym brakiem ciała modzelowatego. Jest to zaburzenie w rozwoju mózgu płodu pomiędzy 3. i 12. tygodniem ciąży. Przyczyny są różnorodne – mutacje chromosomalne, czynniki genetyczne, prenatalne zakażenie, uraz, ekspozycja na działanie substancji toksycznych, zaburzenia metaboliczne, lub może być idiopatyczna agnezja. Agenezja ciała modzelowatego może być zweryfikowana MRI i TK, badanie prenatalne USG mózgu można wykryć po 20 tygodniu ciąży .

Obraz kliniczny jest zmienny, choroba może manifestować hipotonię, opóźnienie w rozwoju psychomotorycznym, opóźnienie umysłowe, zaburzenia pamięci, zaburzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej, drgawki .

Terapia specyficzna nie istnieje. Prognoza zależy od stopnia agenezji (częściowej lub kompletnej) i związanych z nimi chorobami. Izolowane agenezje ciała modzelowatego mają zazwyczaj dobrą prognozę .

Niedoczynność przysadki jest stanem choroby charakteryzującym się brakiem hormonów przysadki. Może to być z powodu nowotworów, infekcji, urazów, wady naczyń CNS, uraz promieniowania, zaburzeń wrodzonych lub może być idiopatyczna niedoczynność przysadki .

Obraz kliniczny zależy od rodzaju deficytu;

– somatotropinowa niedoczynność przysadki mózgowej – może być manifestowana proporcjonalną karłowatością, otyłością, hipoglikemią, opóźnieniem wieku kostnego;

– hypogonadotropinowom hipogonadyzmu nie następuje spontanicznie dojrzewanie, chłopcy mają małe jądra, zmniejszona siła mięśni, deficyt spermiogenesis ; dziewczyny mają infantylne genitalia, brak drugorzędnych cech płciowych;

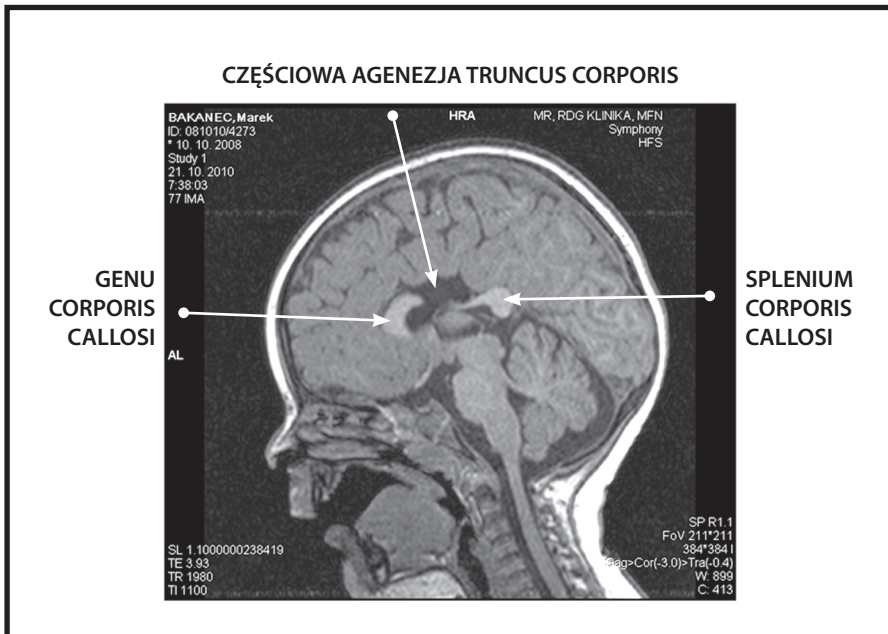
– niedoczynność przysadki objawia się niedoczynnością tarczycy;

– objawy niedoboru ACTH to osłabienie, utrata masy ciała, niedociśnienie, hiperkaliemia, hiponatremia, hipoglikemia;

– brak MSH odzwierciedla brak pigmentu.

Diagnostyka jest oparta na oznaczaniu hormonów przysadki, terapii substytucyjnej.

Prognoza zależy od przyczyn choroby.



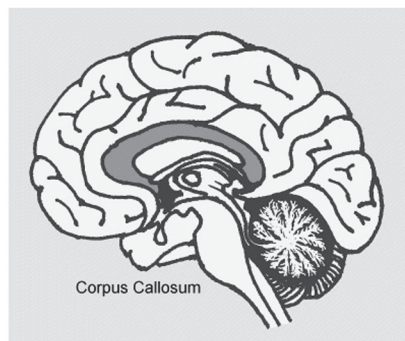
AGENEZJA CORPUS CALLOSUM

Rzadka wrodzona wada mózgu charakteryzowana całkowitym lub częściowym brakiem corpus callosum. Jest to uszkodzenie mózgu płodu między 3. a 12. tygodniem ciąży

ETIOLOGIA: idiopatyczna, mutacje chromosomowe, czynniki genetyczne, zakażenie prenatalne, trauma, substancje toksyczne, zaburzenia metaboliczne, nieprawidłowości strukturalne mózgu (torbiele...)

DIAGNOSTYKA:

- MRI
- CT
- Prenatalne USG (po 20. g.t.)



Patológia v našom regióne

**Benčat, M. – Lauko, Ľ. – Beseda, A. – Moráveková, E. – Adamkov, M. –
Rajčáni, J. – Felcanová, D. – El Hassoun, O. – Drahošová, S. – Papanová, J.
BB Biocyt, diagnostické centrum s. r. o. , Martin**

Alphamedical a. s. prostredníctvom dcérskych spoločností s. r. o. pokrýva dnes rozsiahle spektrum patológie pre potreby klinickej praxe, publikačnej, výskumnej a výučbovej činnosti. Dcérske spoločnosti AM a. s. – patológie:

AMP s. r. o. Bratislava Ružinov

Histopatológia a. s. Bratislava (molekulová patológia)

BB Biocyt s. r. o. sídlo Martin, Červenej armády 25, pracoviská Martina Banská Bystrica

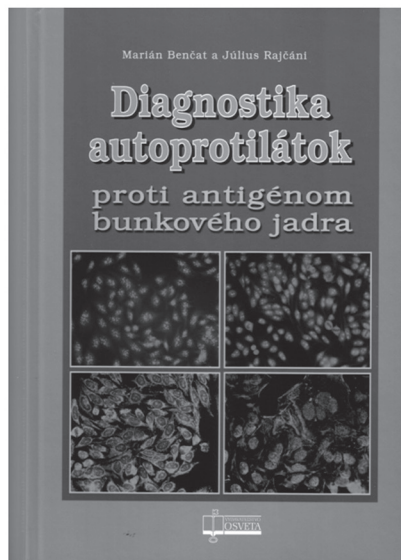
Hisdg. s. r. o. Košice

Patológia BB Biocyt s. r. o. Martin má bioptickú prevádzku, robíme rutínnubiopsiu, peroperačnébiopsie a veterinárnu patológiu. V Cytologickej prevádzke robíme aspiračnú a exfoliatívnu cytológiu. Imunohistologická prevádzka zahrňa imunohistochemické, imunofluorescenčné vyšetrenia (vyšetrenie auto – protilátok) a molekulovú patológiu (FISH, CISH).

Prehľad frekvencie IF obrazov ANA

PORADIE	DRUH IMUNOFLUORESCENCIE	POČET	PODIEL%
1	Jemne škvritá (zrnitá) v jadre	20/58	34,4
2	Difúzne homogénna v jadre	17/58	29,4
3	Mnohopočetné bodky v jadre	9/58	15,6
4	Ojedinelé jadrové bodky	4/58	6,8
5	Hrudkovitá (chuchvalcová) IF jadriek	4/58	6,8
6	Bodkovité jadierka	4/58	6,8
Spolu		58/58	100%

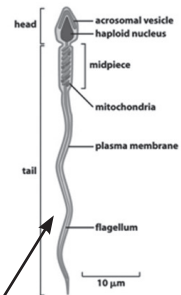
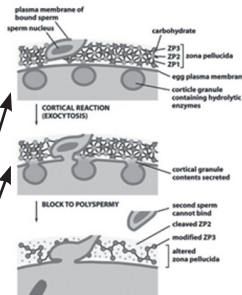
Podrobnosti o diagnostike ANA sú dostupné v nasledujúcej publikácii z roku 2013 z vyše 8 tisíc pacientov vyšetrených u nás:



Imunogénne peptidy spermíí (súhrn)

V poslednom desaťročí boli identifikované a klónované viaceré proteíny resppektíve glykoproteíny (najmenej 9*), ktoré sú súčasťou hlavičky spermíí alebo akrozómu. Predstavujú silné imunogény; príslušné autoprotilátky (ASA) blokujú interakciu spermíí so ZP oocyty (adsorbcia na ZP2 resppektíve ZP3) ako aj fúziu medzi spermiou a povrchovou membránou vaječnej bunky.

*Spolu bolo identifikovaných najmenej 10 proteínov, ktoré sú antigénmi pre ASA.

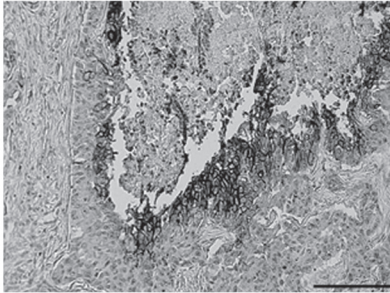


V axonéme bičiek spermíí bol identifikovaný najmenej jeden silný imunogén voči ktorému sa tvoria protilátky viažuce sa bičik z pravdpodobne inhibujúce mobilitu (pohyblivosť) spermíí.

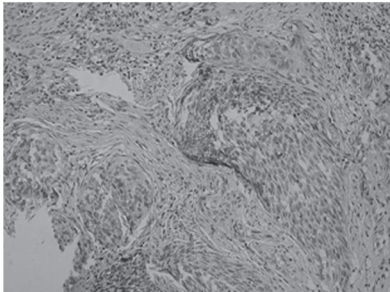
Ako ďalej?

**Karbonická anhydráza IX ako nový možný marker pri niektorých karcinómoch
(MoAb poskytla dr. Pastoreková, VÚ SAV)**

prsník



čapík maternice



Karbonická anhydráza IX je transmembránový glykoproteín, pozostávajúci z exogénnej zložky MX a endogénnej časti MN. Je prítomný rozličných nádoroch (najmä pri Ca prsníka, ďalej v cervikálnom karcinóme, pri Ca pľúc, obličiek, močového mechúra ako aj pri karcinóme žalúdka. V zdravom tkanive nie je prítomný, azda okrem sliznice žalúdka, kde sa zistila jeho fyziologická expresia (okrem toho sa našla aj v epiteli žlčníka a tenkého čreva). Enzymová aktivita karbonickej anhydrázy mení CO_2 a H_2O na H^+ a HCO_3^- , čím sa podieľa na regulácii pH v bunke. Okrem toho znižuje aj pH extracelulárneho prostredia (acidifikácia).

MoAb poskytla dr. Pastoreková, VÚ SAV (protilátka nie je komerčne dostupná)

Zakład Patologii w naszym regionie

**Benčat, M. – Lauko, Ľ. – Beseda, A. – Morávková, E. – Adamkov, M. –
Rajčáni, J. – Felcanová, D. – El Hassoun, O. – Drahošová, S. – Papanová, J.
BB Biocyt, Centrum Diagnostyczne z.o.o., Martin**

Alphamedical a. s. wraz ze swoimi spółkami – córkami sp. z. o. o. świadczy usługi w zakresie, który pokrywa rozległą gamę badań dla potrzeb praktyki klinicznej, działalności publikacyjnej, badawczej i nauczania. Spółki – córki AM S. A. – oddziały anatomii patologicznej:

AMP s.r.o. Bratislava Ružinov

Histopatológia a.s. Bratislava (badania z zastosowaniem metod biologii molekularnej)

BB Biocyt s. r. o. siedziba Martin, Červenej armády 25, pracownie Martina to:

Pracownia Anatomii Patologicznej Banská Bystrica

Hisdg. s. r. o. Košice

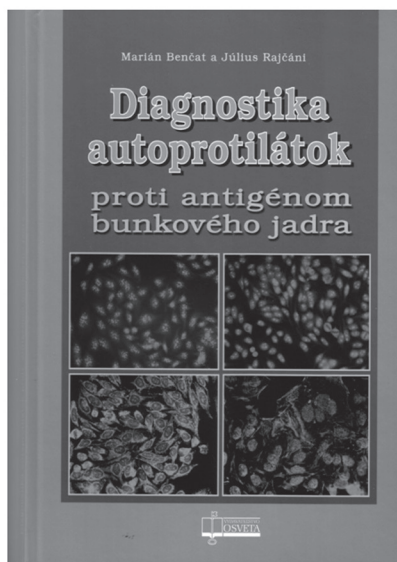
Pracownia Anatomii Patologicznej BB Biocyt s. r. o. Martin z pracownią biopsji, wykonuje biopsje rutynowe, biopsje śródoperacyjne oraz weterynaryjne badania patologiczne.

W pracowni cytologicznej wykonujemy cytodiagnostykę aspiracyjną i złuszczeniową. Badania immunohistologiczne obejmują badania immunohistochemiczne, immunoflorescencyjne (badanie autoprzeciwciał) oraz badania z zastosowaniem biologii molekularnej (FISH, CISH).

Przegląd częstości występowania obrazów IF w ANA

KOLEJNOŚĆ	RODZAJ IMMUNOFLUORESCENCJI	ILOŚĆ	W %
1	Drobno plamista (ziarnista) w jądrze	20/58	34,4 %
2	Rozsiana homogeniczna w jądrze	17/58	29,4 %
3	Liczne kropki w jądrze	9/58	15,6 %
4	Sporadyczne kropki w jądrze	4/58	6,8 %
5	Grudkowata (kłaczkowa) IF jąderek	4/58	6,8 %
6	Kropkowane jąderkaa	4/58	6,8 %
Spolu		58/58	100 %

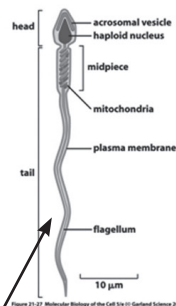
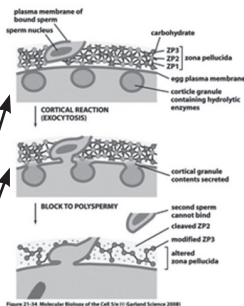
Szczegóły o diagnostyce ANA są dostępne w następującej publikacji 2013r. z ponad 8 tysięcy zbadanych u nas pacjentów:



Peptydy immunogeniczne plemnika (podsumowanie)

W ubiegłym dziesięcioleciu zidentyfikowano i klonowano kilka białek, wzgl. glikoproteinów (co najmniej 9*), które wchodzą w skład główki plemników albo akrosomu. Przedstawiają one mocne immunogeny; odpowiednie autoprzeciwciała (ASA) blokują wzajemną reakcję plemników i ZP oocytu (wiązanie na ZP2 względnie ZP3) oraz fuzję między plemnikiem i i błoną przezroczystą komórki jajowej.

*Ogółem zidentyfikowano co najmniej 10 proteinów, które są antygenami dla ASA.

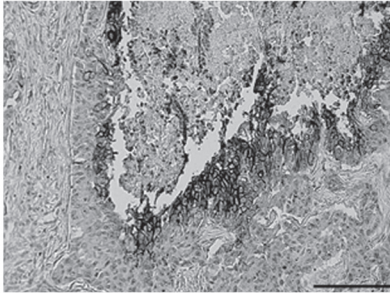


W aksonemie witki plemnika został zidentyfikowany co najmniej jeden mocny immunogen przeciw któremu tworzą się przeciwciała, prawdopodobnie inhibujące ruchliwość plemników.

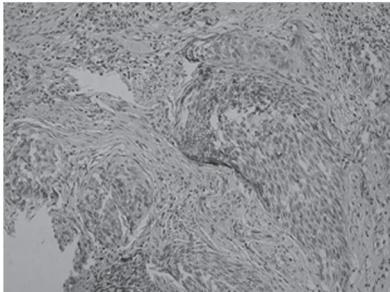
Co w przyszłości?

Anhydraza węglanowa IX jako możliwy nowy marker przy niektórych typach raka złośliwego (MoAb udostępniła dr. Pastoreková, VÚ SAV)

pierś



szyjka macicy



Anhydraza węglanowa IX jest glikoproteiną transmembranową składającą się z części egzogennej MX i endogennej MN. Jest obecna w różnych typach raka (zwłaszcza przy raku piersi, następnie przy raku szyjki macicy, raku płuc, nerek, pęcherza moczowego jak też raku żołądka. W zdrowej tkance jej nie ma, chyba tylko za wyjątkiem śluzówki żołądka, gdzie stwierdzono jej fizjologiczną ekspresję (oprócz tego znaleziono ją w nabłonku woreczka żółciowego i jelita cienkiego). Aktywność enzymatyczna anhidrazy węglanowej zmienia CO_2 i H_2O na H^+ i HCO_3^- , przez co bierze udział w regulacji pH komórki. Poza tym obniża pH przestrzeni zewnątrzkomórkowej (zakwaszenie).

MoAb udostępniła dr. Pastoreková, VÚ SAV (przeciwiało jest komercyjnie niedostępne)



Zborník abstraktov z prednášok konferencie na tému
Zdravotné problémy pacientov v podtatranskej oblasti
v zdravotníckych zariadeniach Žilinského kraja.

Konferencia sa konala a zborník bol vydaný v rámci projektu
Vzdelávanie lekárov na slovensko – poľskom pohraničí
Kształcenie lekarzy na słowacko – polskim pograniczu.

Február 2014.

Abstrakty neprešli jazykovou korektúrou.