



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI

Uwarunkowania genetyczne chorób nowotworowych

Lekarz Dominik Wojtczak

Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Farmakologii klinicznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



W wyniku uchylecia ust. 5 w art. 32a Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 759) **nie został zniesiony obowiązek zgłaszania Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego**, który wynika m. in. z Ustawy o statystyce publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1068 z późn. zm.) oraz z Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 1535 z późn. zm.). Pełen wykaz aktów prawnych dostępny w zakładce KRN > [Legislacja](#)

Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku

Liczba nowych zachorowań: 144 336



Analiza ekspercka polityki zdrowotnej ograniczającej palenie tytoniu w Polsce w kontekście realizacji celów i zadań "Strategii walki z rakiem w Polsce w latach 2015-2024" - badanie Delphi

Zapraszamy do zapoznania się z wynikami projektu badawczego zrealizowanego w ramach grantu naukowego przyznanego przez Fundację Polska Liga Walki z Rakiem w konkursie ONKOGRANTY, przez zespół badawczy Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii - Instytutu w Warszawie.

Projekt był realizowany od lutego do sierpnia 2017 roku, a ramach badania, którego celem było dokonanie oceny spójności polityki ograniczającej palenie tytoniu w Polsce z działaniami zakładanymi w tym zakresie w Strategii Walki z Rakiem w Polsce w latach

Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku

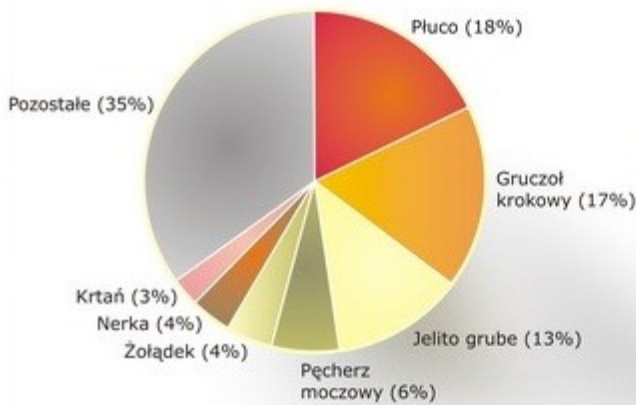
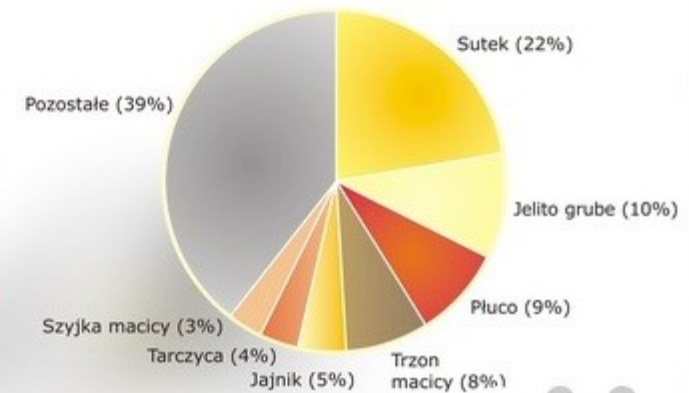
Liczba nowych zachorowań:

163 281



81 649 mężczyzn

81 632 kobiet





O nowotworach

Baza wiedzy

Profilaktyka

Zdrowie, skryning

Epidemiologia

Dane statystyczne

Baza on-line

Raporty, publikacje

Zgłoszenie nowotworu

Zalóż konto, KZSZ

KRN

O nas, kontakt

Wyszukaj typ nowotworu

Skorzystaj z wyszukiwarki, aby otrzymać szczegółowe informacje na temat schorzenia.

SZUKAJ

Cytowanie źródła danych

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE OGÓLEM

Nowotwory wargi, jamy ustnej i gardła (C00-C14)

Nowotwory wargi (C00)

Nowotwory języka (C01-02)

Nowotwory gardła (C10-C13)

Nowotwory przełyku (C15)

Nowotwory złośliwe żołądka (C16)

Nowotwory jelita cienkiego (C17)

Nowotwory złośliwe jelita grubego (C18-21)

Nowotwory złośliwe okrężnicy (C18)

Nowotwory złośliwe odbytnicy (C19-20)

Nowotwory wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych (C22)

Nowotwory pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych zewnątrzwątrobowych (C23-C24)


O nowotworach
Baza wiedzy
Profilaktyka
Zdrowie, skryning
Epidemiologia
Dane statystyczne
Baza on-line
Raporty, publikacje
Zgłoszenie nowotworu
Załóż konto, KZMZ
KRN
O nas, kontakt

Co to jest rak tarczycy

Czynniki ryzyka

 Objawy, wykrycie raka
 tarczycy

Stadia zaawansowania

Rozpoznanie raka tarczycy

Leczenie

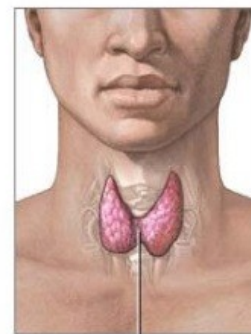
Rokowanie

Tarczyca

Co to jest rak tarczycy

Tarczyca jest gruczołem wydzielania wewnętrznego (czyli produkującym hormony) zlokalizowanym na szyi. W obrębie tarczycy często dochodzi do powstania zmian guzkowych, które są częste, można je znaleźć nawet u połowy populacji. Na szczęście większość tych guzków ma charakter łagodny, a zaledwie 1-2% z nich ma charakter złośliwy.

Ze względu na to, że tarczyca zbudowana jest głównie z 2 typów komórek, nowotwory złośliwe tarczycy możemy podzielić odpowiednio na różne podstawowe podtypy, które różnią się swoją złośliwością.



Tarczyca

Dane pacjenta

Rozpoznanie

Dane jednostki

1. Nazwa jednostki

1A. Telefon do jednostki

2. Regon



Adres (miejscowość, ulica, nr lokalu)

Dane pacjenta

Obcokrajowiec

3. pesel

4. Data urodzenia

5. Płeć

6. Kraj pochodzenia

Nr pacjenta w rejestrze wojewódzkim

7. Nazwisko

8. Imię

PID

Dane adresowe pacjenta

Bezdomny

9. Miejscowość

10. Kod pocztowy

11. Ulica

11A. Nr domu

12. Województwo

13. Powiat

14. Gmina

15. Kod TERYT

16. Ukończona szkoła

17. DATA ROZPOZNANIA

18. Do ambulatorium

Data przyjęcia:

19. Do szpitala

20. Data wypisu ze szpitala

21. Data zgonu

22. Miejsce zgonu

23. Przyczyna zgonu

24A. Wyjściowa

24B. Wtórna

24C. Bezpośrednia

Wyślij do KRN

Zapisz

Zamknij

Za życiem



Serwisy dla świadczeniodawców



Portal Świadczeniodawcy - obsługa Świadczeniodawców, Aptek oraz Realizatorów Sprzętu Ortopedycznego



SIMP - System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
SMPT - System Monitorowania Programów Terapeutycznych



eWUŚ - Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców



AP-KOLCE - Centralne Kolejki Czekaujących



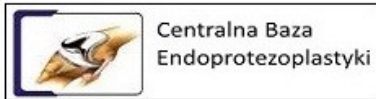
Portal Publiczny - przeglądarka postępowań konkursowych ogłaszanych przez ŁOW NFZ



SZOI - Kolejki oczekujących w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych



ZIP - Zintegrowany Informator Pacjenta



ENDOPROT - Centralna Baza Endoprotezoplastyki



Serwis MUS



Portal Personelu - Dystrybucja numerów recept



DILO - Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego



Na skróty



Na ratunek



Gdzie się leczyć



Sprawdź gdzie skorzystać z mammografii



Portale ŁOW NFZ



Dla mediów

System: Obsługa Kart DiLO [NFZ] (wersja: 2017.10.02.1)

Operator: d.wojtczak (Dominik Wojtczak)

Obsługa Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego Portal SZOI

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

[Komunikaty](#) [Lista kart](#) [Do pobrania](#) [Administracja](#) ▾

[System](#) ▾

(1) Rejestracja wydania karty DiLO - Miejsce wydania

AA. WYDANIE KARTY:

A1. Data sporządzenia:
2017-11-21

A2. Wydana w:

- Podstawowej opiece zdrowotnej** - z podejrzeniem nowotworu
- Podstawowej opiece zdrowotnej** - z rozpoznaniem nowotworu
- Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** - z podejrzeniem nowotworu
- Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** - z rozpoznaniem nowotworu
- Programach zdrowotnych**
- Szpitalu** - w momencie stwierdzenia nowotworu
- Szpitalu** - wydanie karty z powodu zmiany świadczeniodawcy

A3. Data decyzji o założeniu karty:*

Anuluj

Dalej →

(2) Rejestracja wydania karty DiLO - Wydanie karty w szpitalu - wydanie karty z powodu zmiany świadczeniodawcy**LEKARZ WYDAJĄCY KARTĘ:**

Numer prawa wykonywania zawodu:*

Imię:*

Nazwisko:*

AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO**AC.1. DANE PACJENTA:**

W polu A8, w przypadku osób które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku noworodków w polu A12 należy wpisać numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz odznaczyć pole A9. Pole A10 należy wypełnić w przypadku ciąży mnogiej. Noworodkom należy przypisać dodatkowo cyfrę wskazującą na kolejność rodzenia się.

 Pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody

A6. Nazwisko:*

A7. Imię (imiona):*

A8. Typ identyfikatora:*

PESEL ▼

Wartość identyfikatora:*

A9. Wystawiono noworodkowi

A10. Numer kolejny noworodka:

A11. Data urodzenia:

A12. Płeć:

--wybierz-- ▼

A13. Adres miejsca zamieszkania pacjenta:
 Pacjent nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski

Państwo:*

PL

Kod pocztowy:*

Miejscowość:*



Ulica:

Numer domu:*

Numer lokalu:

A14. Numer telefonu:

A15. Adres poczty elektronicznej:

AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Dane wymagane w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.

A16. Nazwisko:

A17. Imię (imiona):

A18. Adres miejsca zamieszkania opiekuna:
 Adres zamieszkania opiekuna jest identyczny z adresem zamieszkania pacjenta

 Przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny nie posiada adresu zamieszkania na terytorium Polski

Państwo:

PL

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Anuluj

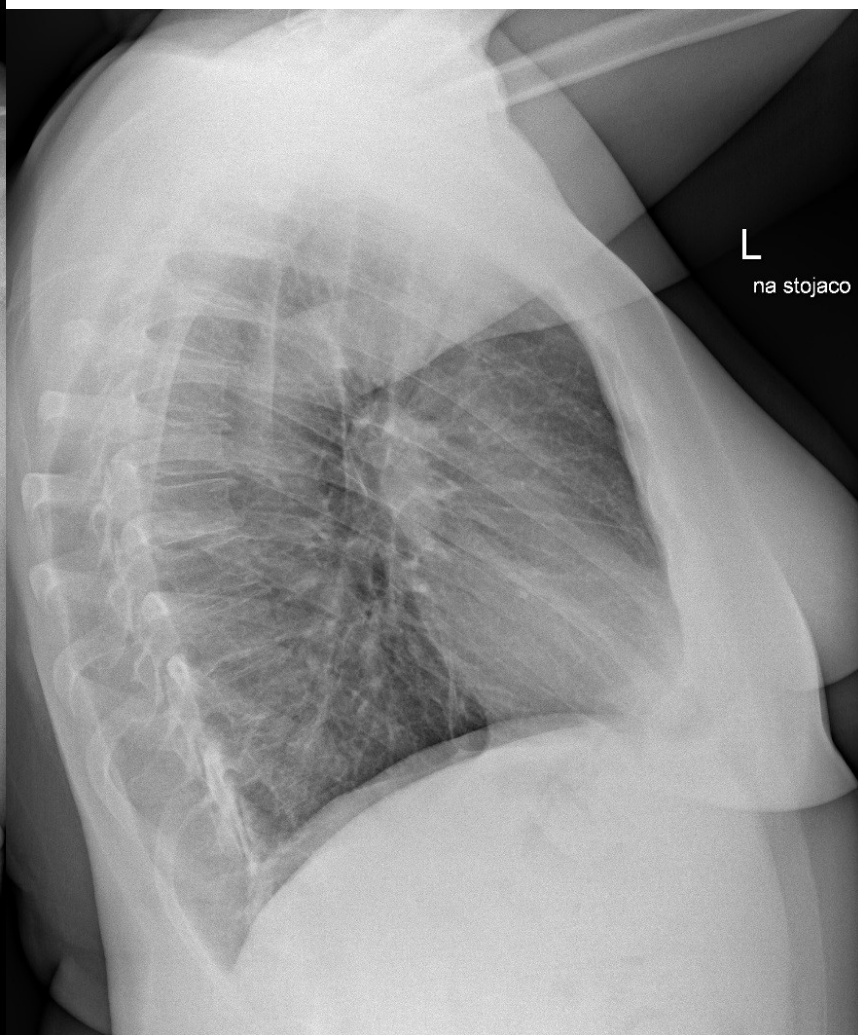
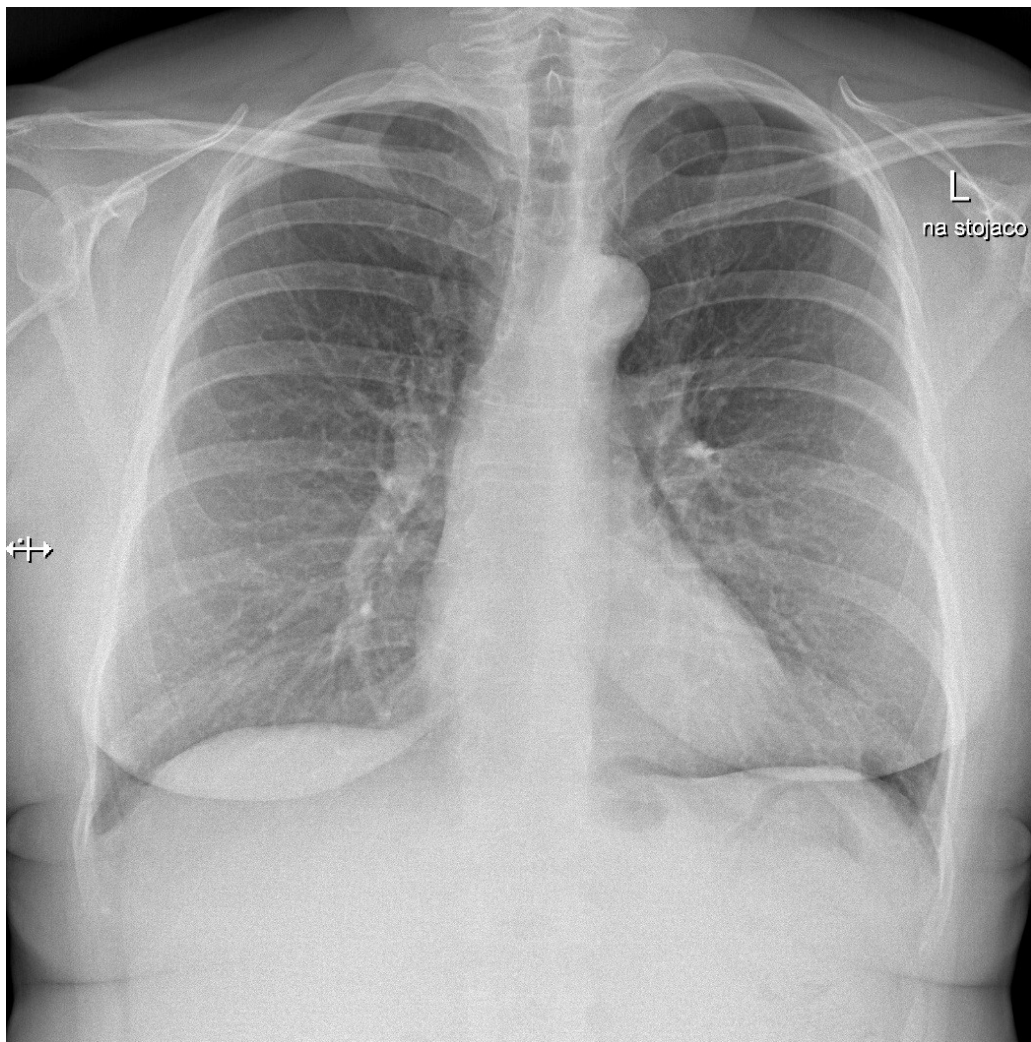
Dalej

Przypadek „Screening”

Przyjęcie w trybie planowym **zgodnie z obowiązującą kolejką oczekujących**. Chora 59 letnia zgłaszająca **okresowo obecność świeżej krwi i śluzu w stolcu w związku z wystąpieniem zaparcia**, aktualnie luźne stolce. Dyskomfort w obrębie jamy brzusznej, wzdęcia bez związku z przyjmowanymi posiłkami.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych bez odchyień poza obniżonym poziomem żelaza. W ambulatoryjnym USG jamy brzusznej torbiel wątroby, poza tym bez nieprawidłowości.

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym. W pełnym kontakcie słowno-logicznym. Nie zgłasza dolegliwości. Nie gorączkuje. Oddała 1 luźny stolec. W badaniu przedmiotowym skóra bladoróżowa, na skórze pleców i lewej piersi liczne brodawki łojotokowe. Spojówki różowe. Węzły chłonne nie powiększone. RR- 110/70 mmHg. Akcja serca miarowa o częstotści 64/min, tony serca głośnie bez szmerów patologicznych. Nad płucami szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy, symetryczny. Odgłos opukowy jawny. Brzuch wysklepiony w poziomie klatki piersiowej, miękki, niebolesny, perystaltyka prawidłowa. Objawy otrzewnowe ujemne. Objaw Chełmońskiego ujemny. Objaw Goldflama obustronnie ujemny. Na obu kończynach dolnych widoczne pajęczki naczyniowe. **W badaniu per rectum- widoczne guzki krwawnicze na zewnątrz**, bez oporów patologicznych w zakresie badania, brak śladu krwi na rękawiczce



Pola płucne bez zmian ogniskowych. Przepona i kąty p-ż wolne. Sylwetka serca wielkością w normie. Aorta piersiowa wydłużona, ze zwapnieniami w ścianie łuku.

12.12.2017

W dniu przyjęcia (12.12.2017) chorej wyznaczono-
gastroskopię na 13.12.2017 oraz kolonoskopię na 15.12.2017.

Gastroskopia z 13.12.2017

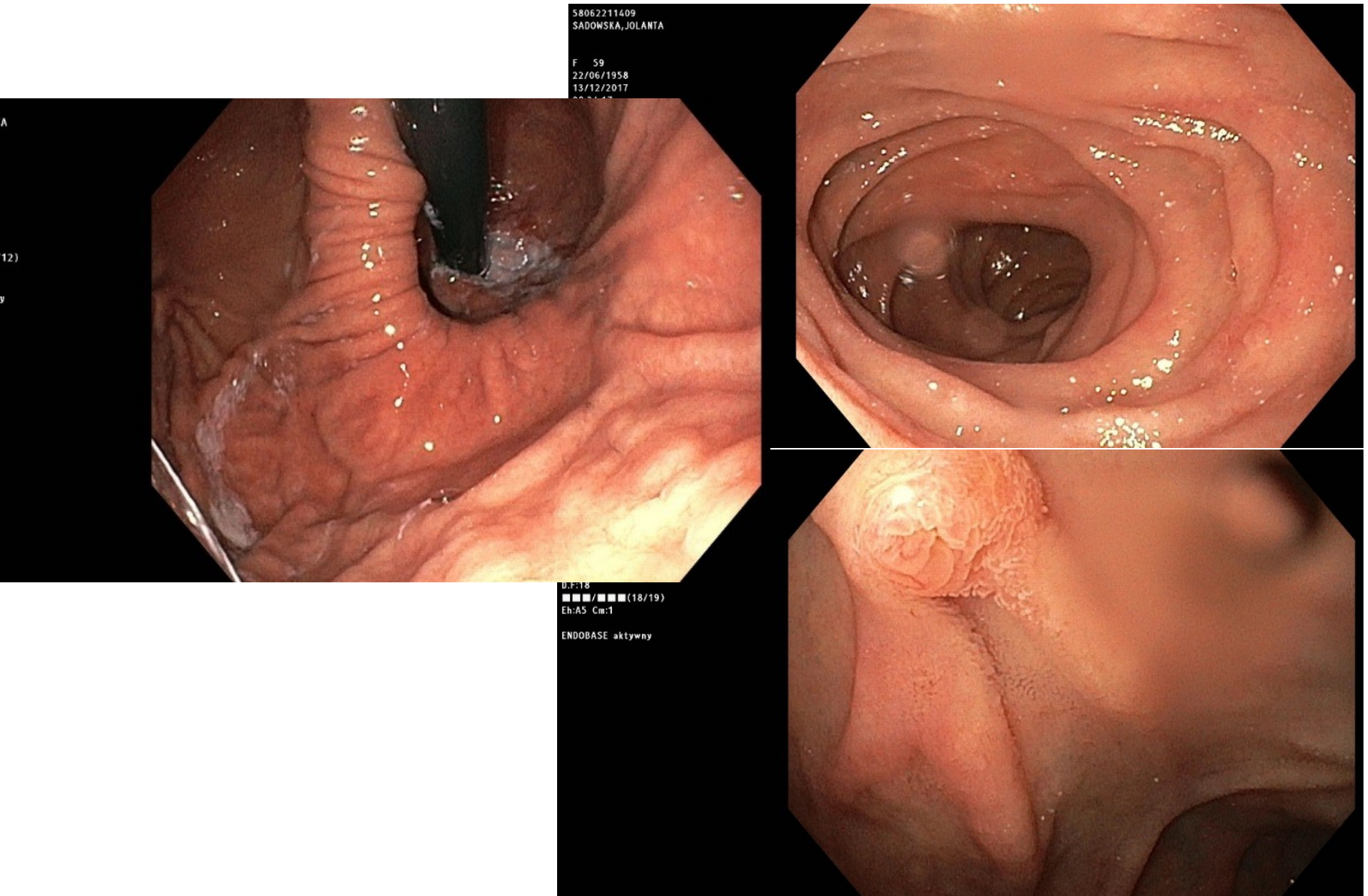
Krtań bez zmian. Przełyk o gładkiej, prawidłowo zabarwionej błonie śluzowej. Linia „Z” o prawidłowym kształcie, zlokalizowana na górnej granicy fałdów żołądkowych. Widoczna przepuklina rozworu przełykowego przepony długości około 3 cm. Wpust drożny, owalny, obkurcza się prawidłowo. W żołądku obecna niewielka ilość płynnej, przezroczystej treści, bez domieszki żółci. Błona śluzowa żołądka pstra w obrębie całego żołądka, na szczytach fałdów żołądkowych nieliczne drobne zmiany nadżerkowe. Układ fałdów żołądkowych prawidłowy. Podatność ścian żołądka na insuflację prawidłowa. Odźwiernik drożny, obrzęknięty, zniekształcony, obkurcza się całkowicie. Z części przedodźwiernikowej (1) i trzonu żołądka (2) pobrano materiał do badania histopatologicznego. Opuszka dwunastnicy kształtna, o prawidłowym wyglądzie błony śluzowej. Część zstępująca dwunastnicy o prawidłowym wyglądzie. Brodawka większa dwunastnicy niepowiększona, o prawidłowym wyglądzie. W dwunastnicy obecna klarowna żółć.

Test ureazowy na obecność *Helicobacter pylori* - wynik bezpośrednio po pobraniu ujemny (-).

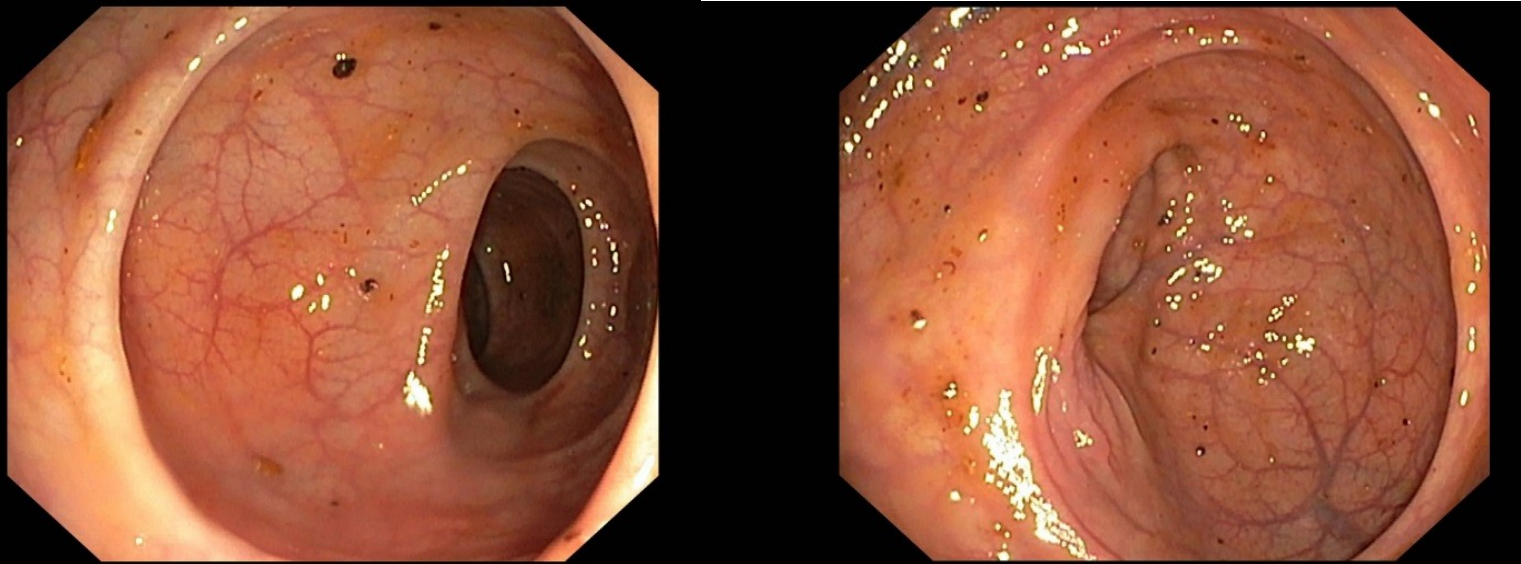
DGN: Przepuklina rozworu przełykowego przepony. Nadżerkowe zapalenie błony śluzowej żołądka.

Przypadek 2

Gastroskopia z 13.12.2017



Lekarz prowadzący odwołał zaplanowaną u chorej kolonoskopię, przygotowywano wstępnie wypis, zlecono kontrolne USG jamy brzusznej – pierwszy wolny termin 15.12.2017, w dniu planowanego wypisu.



Okolica odbytu niezmieniona. Napięcie zwieraczy odbytu prawidłowe. **Kolonoskop wprowadzono do esicy na głębokość około 35 cm od odbytu stwierdzając w tym miejscu okrężny, egzofityczny, zwężający guz nie przepuszczający dalej kolonoskopu, łatwo krwawiący przy dotyku endoskopem i przy biopsji, z którego pobrano wycinki do badania histopatologicznego** (pojemnik nr 1). Poniżej w końcowym odcinku esicy, w odległości około 10 cm od ww. guza i około 25 cm od odbytu, obecny uszypułowany polip o wymiarach około 12-15 mm x 6-7 mm - z powodu rozpoznania podstawowego odstąpiono od jego wycięcia endoskopowego. W końcowym odcinku odbytnicy, w odległości około 10-12 cm od odbytu obecny drobny polip o wielkości około 2-3 mm, który wycięto w całości kleszczykami biopsyjnymi i przekazano do badania histopatologicznego (pojemnik nr 2). Oczyszczenie odbytnicy i zbadanego, końcowego odcinka esicy wg skali Boston 2 (?+?+2). Poza tym w zbadanym odcinku jelita grubego nie stwierdzono innych zmian chorobowych - błona śluzowa jelita grubego gładka, lśniąca, o prawidłowym zabarwieniu i o prawidłowej siatce naczyń krwionośnych. DGN: Okrężny, zwężający guz esicy. Polip esicy. Drobny polip odbytnicy.

Wielofazowe CT jamy brzusznej oraz miednicy. 20.12.2017



Wielofazowe CT jamy brzusznej oraz miednicy 20.12.2017

W dystalnym odcinku esicy widoczny jest **okrężny naciek guzowaty o długości ok. 70mm, zwężający światło jelita (jelito grube powyżej nie poszerzone); naciek przekracza ścianę esicy i obejmuje okoliczną tkankę tłuszczową; na odcinku ok. 25mm guz przylega do trzonu macicy, natomiast na odcinku ok. 19mm przylega do górnej ściany pęcherza moczowego.**

W obrębie krezki esicy widoczne w. chłonne w osi krótkiej do 7mm.

Wątroba niepowiększona, jednorodna; w segm. 2 zmiana o charakterze torbieli o wym. poprz. 23x17mm; poza tym bez zmian ogniskowych. Drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe i PŻW- nieposzerzone. Pęcherzyk żółciowy cienkościenny, przeciętnej wielkości.

W lewym nadnerczu zmiana ogniskowa o wym. poprz. 25x24mm, bogatotłuszczowa - prawdopodobnie gruczolak.

Nadnercze prawe typowego kształtu, wielkości, bez zmian ogniskowych.

Trzustka niepowiększona, bez zmian ogniskowych. Przewód trzustkowy nieposzerzony.

Obie nerki w położeniu typowym, prawidłowej wielkości bez zmian ogniskowych, UKM- y bez zastoju.

Śledziona niepowiększona.

Naczynia duże jamy brzusznej w normie.

Pęcherz moczowy cienkościenny, bez zmian.

Struktury kostne objęte badaniem bez zmian destrukcyjnych.



KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, może być drukowana dwustronnie
Każda sekcja może być drukowana na odrębnej stronie.

IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie i powielany na każdej stronie)
17126904578



AA. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A1. Data sporządzenia 2017-12-22
A2. Wydana w:
 podstawowej opiece zdrowotnej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej
A3. Data decyzji o założeniu karty 2017-12-22
 szpitalu programach zdrowotnych

AB. ŚWIADCZENIODAWCA WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A4. Nazwa świadczeniodawcy
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY
UNIwersytetu Medycznego w Łodzi
A5. Adres świadczeniodawcy
POMORSKA 251, 92-213 ŁÓDŹ

AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

AC.1. DANE PACJENTA

A6. Nazwisko _____ A7. Imię (imiona)
J_____
A8. Numer PESEL albo rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
PESEL: 58 _____ A9. Wystawiono noworodkowi

A10. Numer kolejny noworodka _____ A11. Data urodzenia
1958-____-____ A12. Płeć
K
A13. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

ŁÓDŹ-WIDZEW
A14. Numer telefonu
5C _____ A15. Adres poczty elektronicznej

AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

A16. Nazwisko _____ A17. Imię (imiona)

A18. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A19. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w przypadku noworodka – jednego z rodziców lub opiekuna prawnego

IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie i powielany na każdej stronie)
17126904578



EA. WYDANIE KARTY W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO/WYNIK ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO

E1. Wydanie karty z powodu zmiany świadczeniodawcy NIE TAK
E2. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej _____ E3. Data zabiegu diagnostyczno-leczniczego _____

EB. ROZPOZNANIE

E4. Kod jednostki chorobowej
C18.7 E5. Nazwa jednostki chorobowej
NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY (ESICA)

EC. DALSZE POSTĘPOWANIE

E6. Dalsze postępowanie:
 ustalenie planu leczenia onkologicznego zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

ED. POTWIERDZENIE WYSTAWIENIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO/POTWIERDZENIE WYNIKU ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO

E7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza prowadzącego
DOMINIK WOJTCZAŃ, NPMW:2862636
E8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego postawiono rozpoznanie
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY UNIwersytetu Medycznego w Łodzi - POMORSKA 251, 92-213 ŁÓDŹ

Pytania kontrolne

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego u osób obciążonych przeciętnym (jak w populacji ogólnej) ryzykiem zachorowania należy rozpocząć od:

- a) wystąpienia pierwszych objawów ze strony przewodu pokarmowego
- b) stwierdzenia odchyleń w badaniach laboratoryjnych
- c) od 40 roku życia
- d) od 50 roku życia

Pytania kontrolne

W Polsce od 2000 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych:

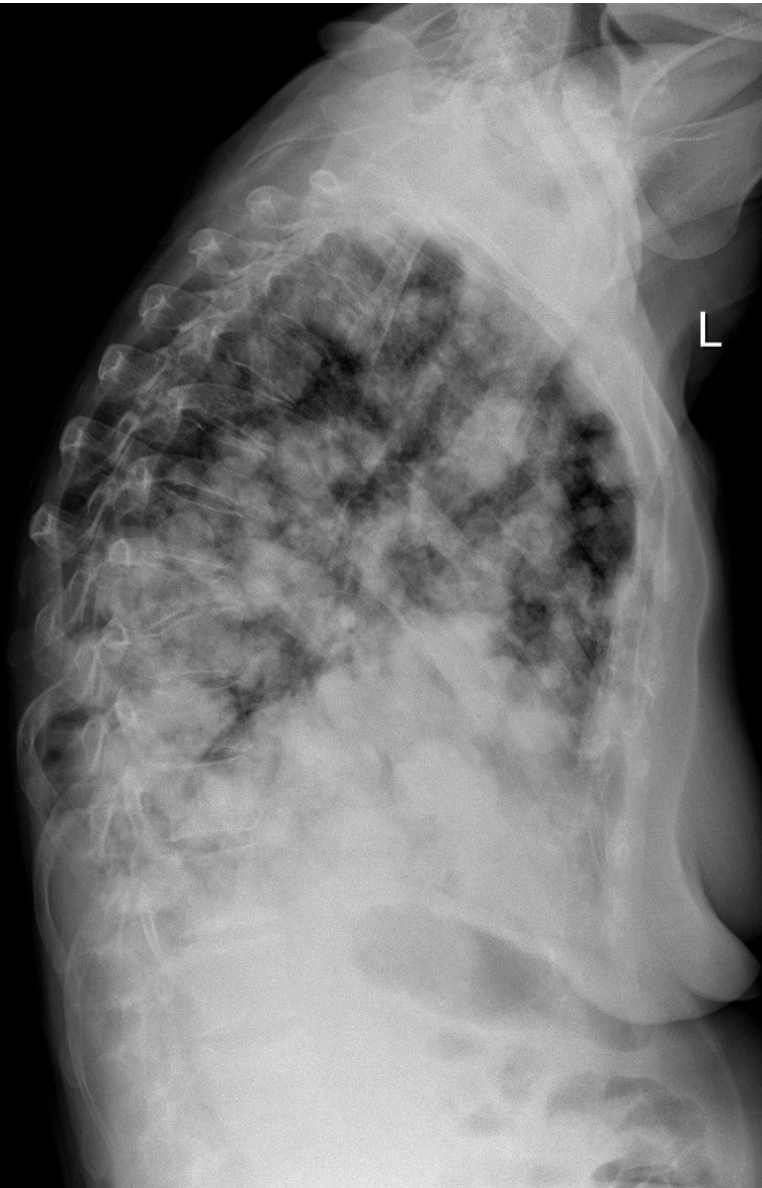
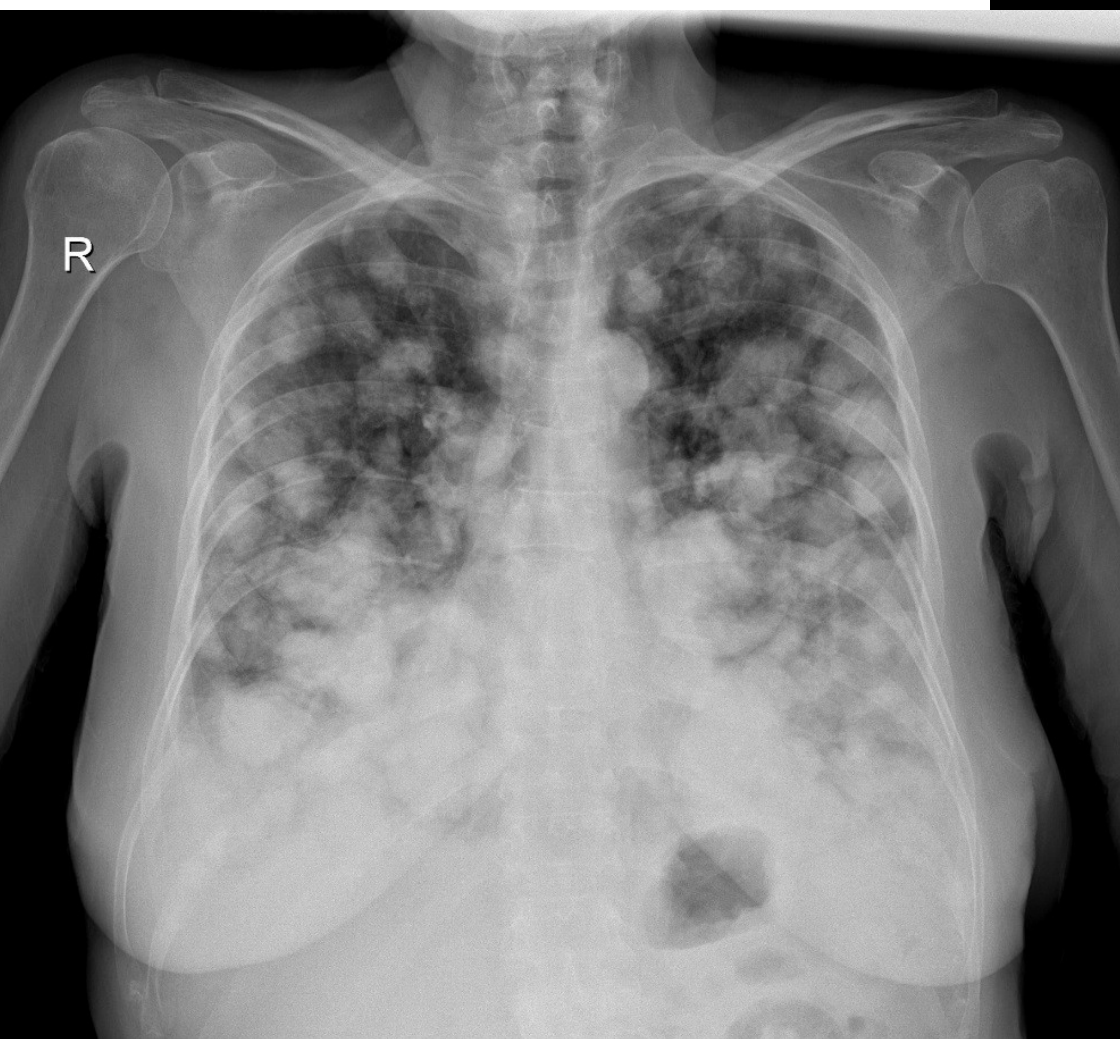
1. każda osoba w wieku 50-69 lat może się poddać bezpłatnej kolonoskopii.
2. każda osoba w wieku 50-90 lat może się poddać bezpłatnej kolonoskopii.
3. do tego badania kwalifikują się również osoby w wieku 40-49 lat, których krewni pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo) chorowali na raka jelita grubego.
4. do tego badania kwalifikują się również osoby w wieku 30-49 lat, których krewni pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo) chorowali na raka jelita grubego.

Prawidłowe są stwierdzenia

- a) 1 i 3
- b) 2 i 3
- c) 1 i 4
- d) 2 i 4

Przypadek „Czerniak złośliwy”

Pacjentka lat 65, z rozpoznawanym czerniakiem złośliwym- rozsianą chorobą nowotworową (w dokumentacji opisywany rozsiew do płuc i kości) pomimo stosowanego uprzednio różnorodnego leczenia (radioterapia, chemioterapia, immunoterapia). Obecnie chora przywieziona do IP z powodu duszności spoczynkowej. W badaniu fizykalnym m.in.- rozległe zmiany osłuchowe nad polami płucnymi, w RTG- rozsiane zlewne zmiany- o charakterze meta.



Pola płucne z obecnością zlewnych zmian o charakterze meta.
Sylwetka serca niepowiększona.
Przepona i kąty przeponowo-żebrowe zatarte.

Czerniak skóry okolicy skrzydełka nosa po stronie prawej (2012), stan po resekcji zmiany oraz rekonstrukcji ubytku, po radioterapii blizny dawką całkowitą 48 Gy w 20 frakcjach (2014), po kilkakrotnych wycięciach wznów miejscowych, w grudniu 2016 wznowa nieoperacyjna, stan po immunoterapii nivolumabem 2016, uogólniony rozsiew do twarzoczaszki, immunoterapia ipilimumabem (grudzień 2017). Rozsiana choroba nowotworowa (meta do płuc, meta do kości). Stan po paliatywnej radioterapii okolicy kręgosłupa Th12-L2, kości biodrowej prawej oraz kości krzyżowej S1-S3 prawostronnie. Niewydolność oddechowa. Zgon.

Epikryza:

Pacjentka 65 letnia z rozpoznaniem jak powyżej została przyjęta do Kliniki z powodu postępującego osłabienia, utraty apetytu, duszności wysiłkowej, ubytku masy ciała, stwierdzonej w badaniach laboratoryjnych niedokrwistości normocytarnej.

Chora przyjęta w stanie bardzo ciężkim, przytomna, w kontakcie słowno-logicznym, z dusznością spoczynkową, względnie wydolna krążeniowo i oddechowo. W badaniach laboratoryjnych podwyższone parametry zapalne, włączono antybiotykoterapię empiryczną, uzyskując ich stopniowy spadek. W trakcie hospitalizacji chorej przetoczono 2 jednostki NUKKCz uzyskując wzrost Hgb z 6.1 g/dl do 8.1 g/dl. Mimo zastosowanego leczenia chora w stanie ogólnym bardzo ciężkim, pogarszającym się. W dniu 08.12.2017 o godzinie 8.30 lekarz dyżurny stwierdził zgon.

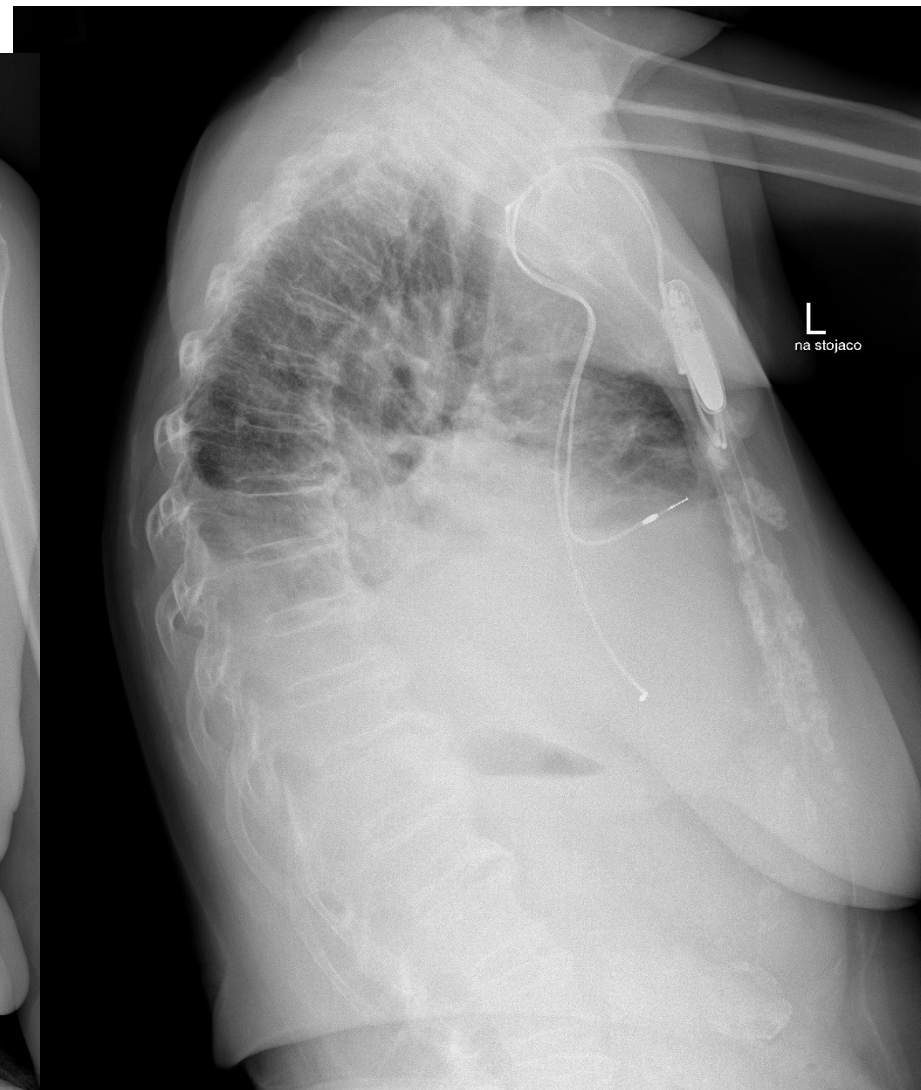
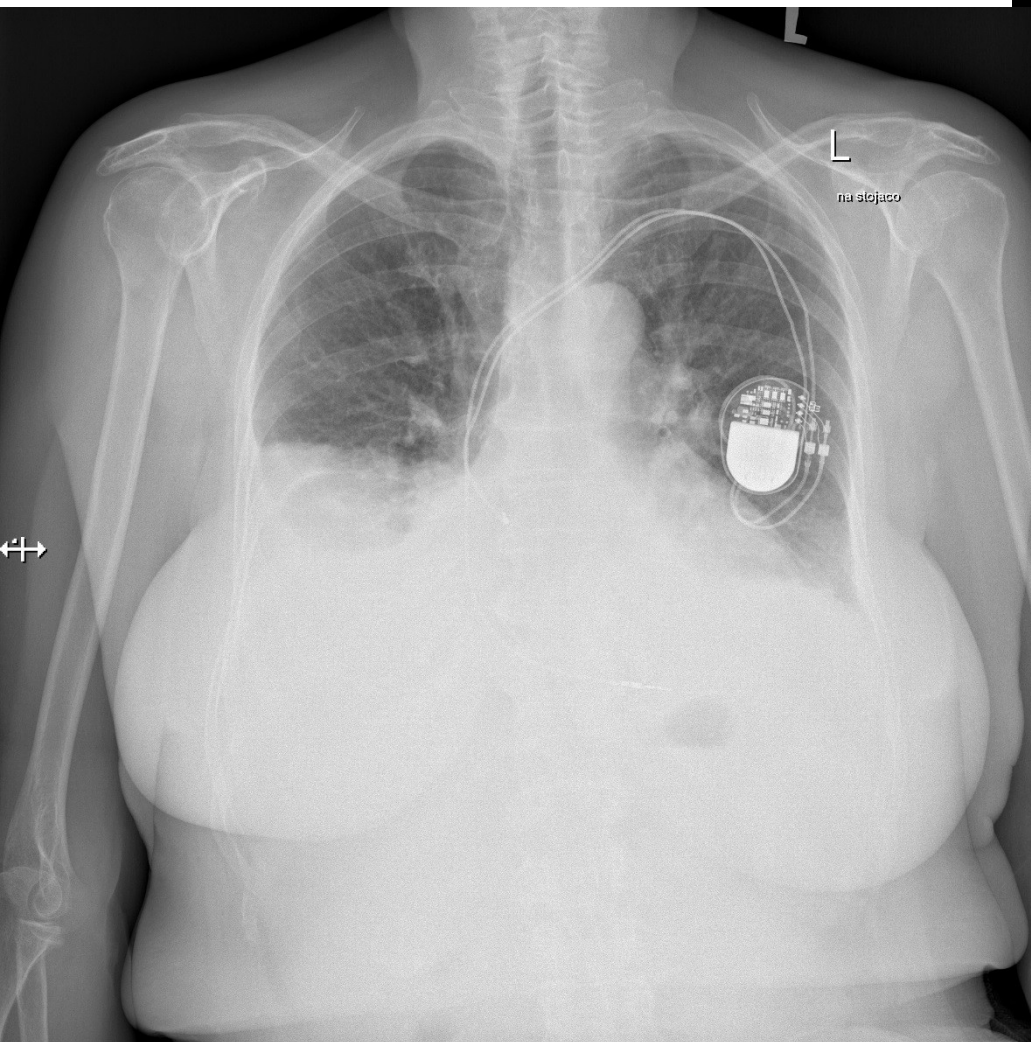
Przypadek „Porcelanowy”

Pobyty w Klinice Elektrokardiologii CKD **13/03/2017 - 20/03/2017**

Epikryza

79-letnia pacjentka ze schorzeniami wymienionymi w rozpoznaniu, przyjęta do Kliniki w trybie pilnym z powodu bloku p-k II/III stopnia bez napadów MAS, w celu diagnostyki i ustalenia postępowania (2 dni wcześniej znaczne osłabienie, pogorszenie tolerancji wysiłku; **podczas wizyty u lekarza POZ stwierdzono "bradykardię, RBBB"; pacjentka na przewlekłej terapii bisoprololem w dawce 2,5mg/dobę), W trakcie obserwacji w tut. Izbie przyjęć wystąpiło AFib z blokiem p-k III stopnia z HR 40/min.**

W echo serca - nie uwidoczniono odcinkowych zaburzeń kurczliwości ścian LV, prawidłowa funkcja skurczowa LV, łagodna IT z cechami HP. W rtg klatki piersiowej pola płucne z cechami PZO. W dn. 17.03.2017r. wykonano zabieg implantacji PM DDD Sensia DR. Przebieg zabiegu i okołozabiegowy bez powikłań, w tym miejscowych. Kontrola urządzenia wykazała prawidłowe parametry. Włączono leczenie przeciwkrzepliwe. Po konsultacji endokrynologicznej (P. dr Kołodziej) włączono Thyrozol na 3 dni 3x20 mg, dalej 1x20 mg i skierowano pacjentkę na pilną konsultację endokrynologiczną po zakończeniu hospitalizacji

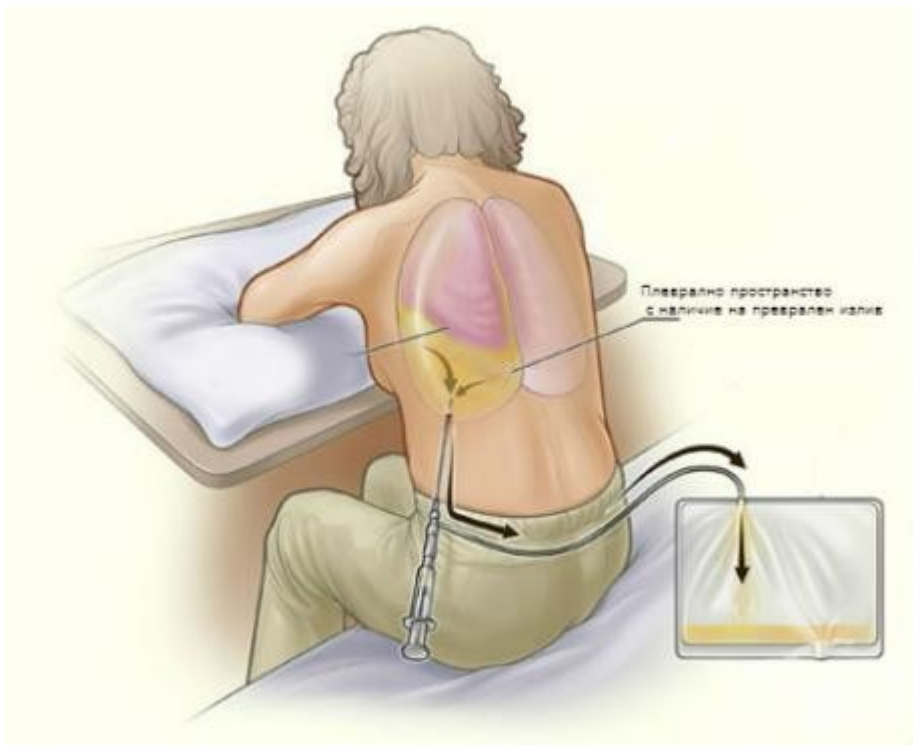


RTG klatki piersiowej PA i bok. 9.11.2017

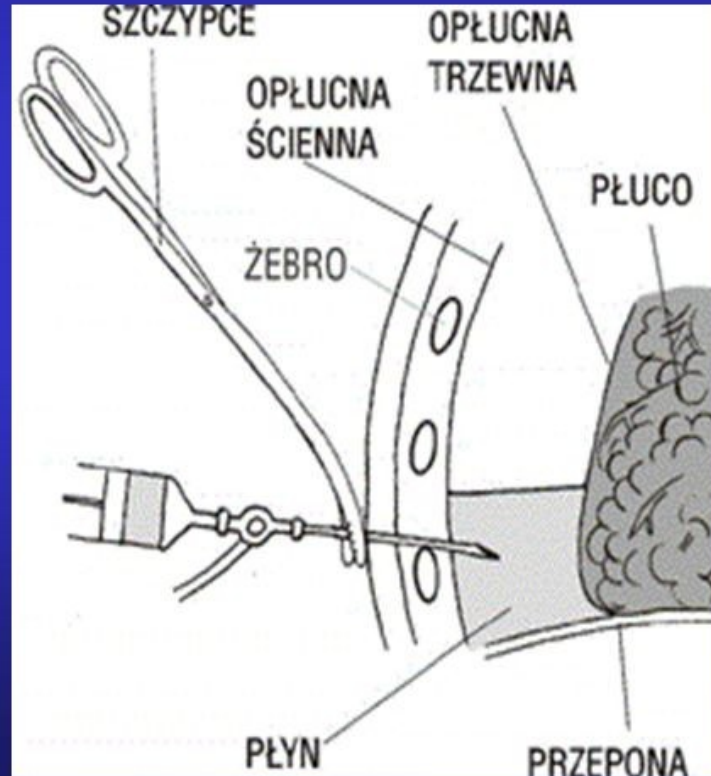
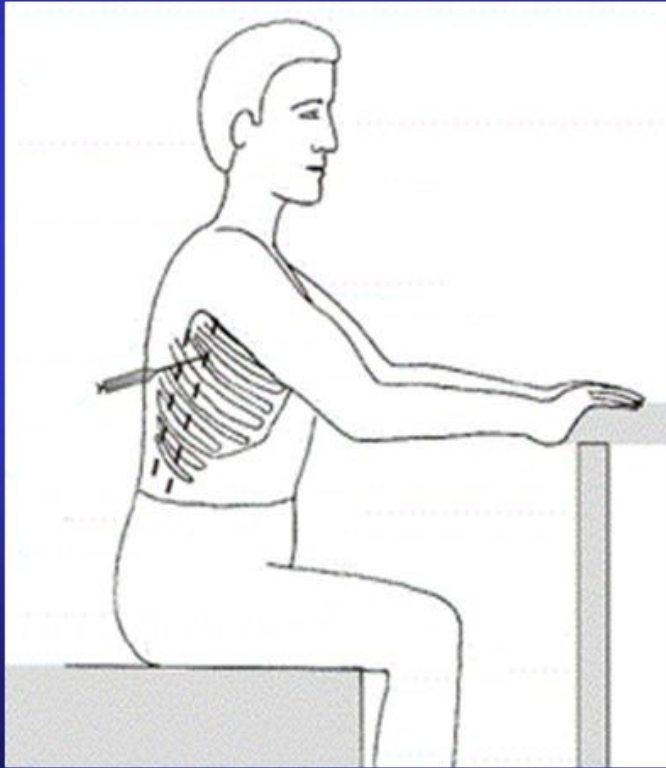
Płyn w obu jamach opłucnej: więcej po stronie prawej - sięga przedniego odc. V żebra; po stronie lewej sięga przedniego odc. VI żebra; obustronnie nad jego poziomem zmiany niedodmowe/niedodmowo-zapalne. Wzmoczony rysunek naczyniowy i śródmiąższowy, o cechach niewydolności w krążeniu płucnym. Poza tym pola płucne bez uchwytanych zmian ogniskowych. Wnęki płucne poszerzone, najpewniej naczyniowo. Sylwetka serca przesłonięta, nie do oceny. Aorta piersiowa w normie. Stan po implantacji kardiostymulatora 2 elektrodowego;końcówki elektrod rzutują się w PP i PK ; ciągłość elektrod zachowana; cech odmy opłucnowej nie stw. się.

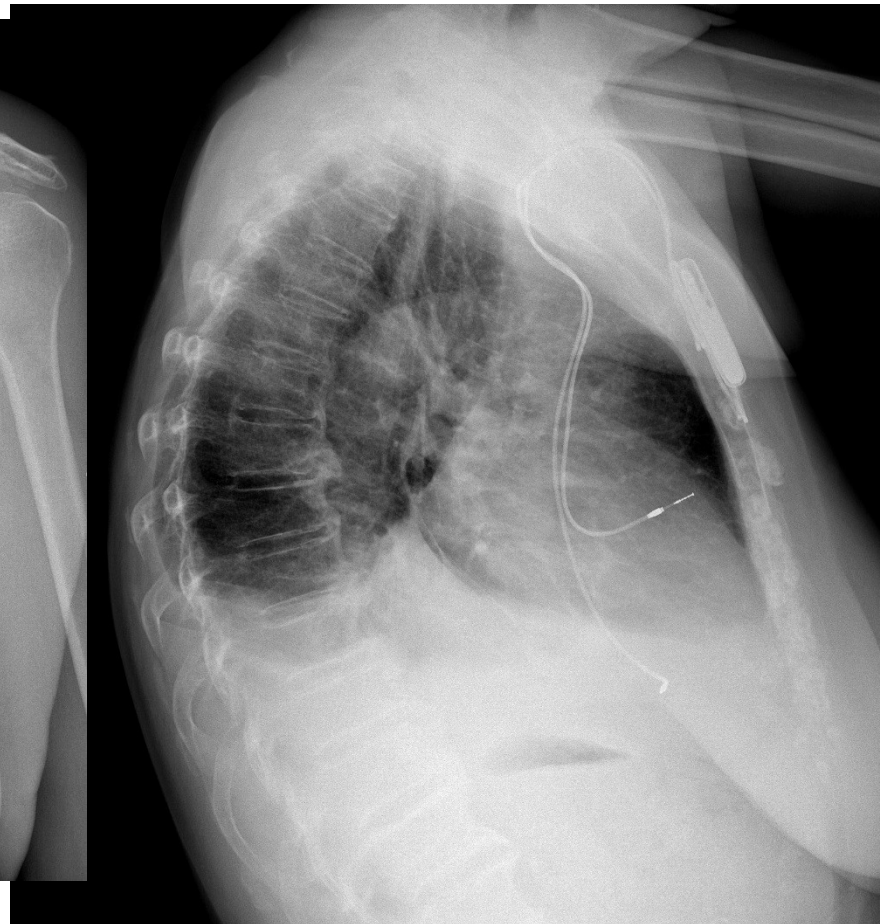
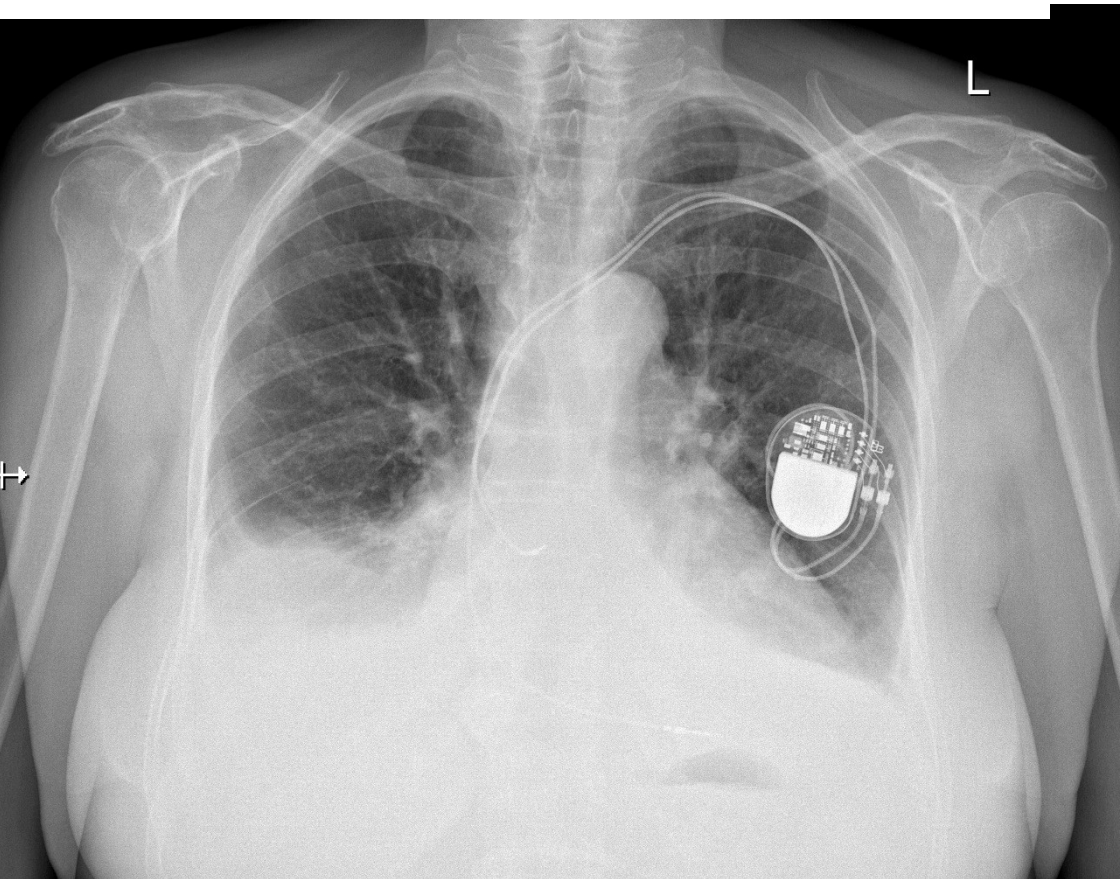
13.11.2017

Wykonano nakłucie jamy opłucnowej - pobrano łącznie około 100 militrów jasnożółtego, przejrzystego płynu do badan. Nakłucie przerwano w związku z brakiem wypływu dalszej ilości płynu. Po nakłuciu pacjentka w stanie ogólnym dobrym, dolegliwości nie zgłasza. Osłuchowo szmer pęcherzykowy prawidłowy,



Punkcja jamy opłucnowej





RTG klatki piersiowej PA i bok. 13.11.2017

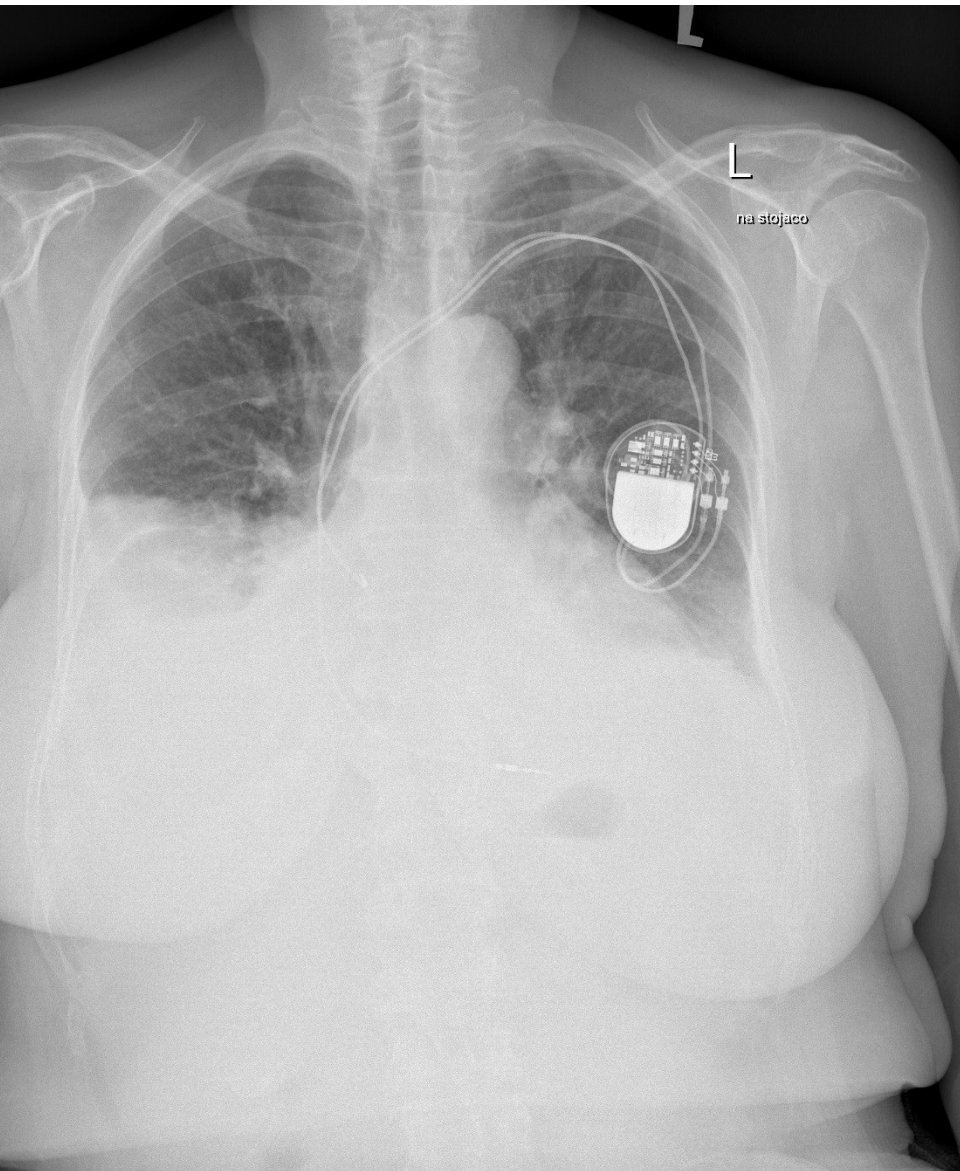
Stan po nakłuciu prawej jamy opłucnej - cech odmy opłucnowej nie stw. się. W por. do bad. poprz. z dn. 09.11.2017r - regresja ilości płynu w prawej jamie opłucnej - aktualnie sięga przedniego odc. żebra VI; po stronie lewej płyn spłycający kąt p-ż; obustronnie, nad poziomem płynu zmiany niedodmowe/niedodmowo-zapalne. Drobne zmiany guzkowo-włókniste w szczycie lewego płuca. Poza tym pola płucne bez zmian ogniskowych, o cechach niewydolności w krążeniu płucnym. Wnęki płucne poszerzone, najpewniej naczyniowo.

Ocena sylwetki serca utrudniona - wydaje się być powiększona. Aorta piersiowa w normie.

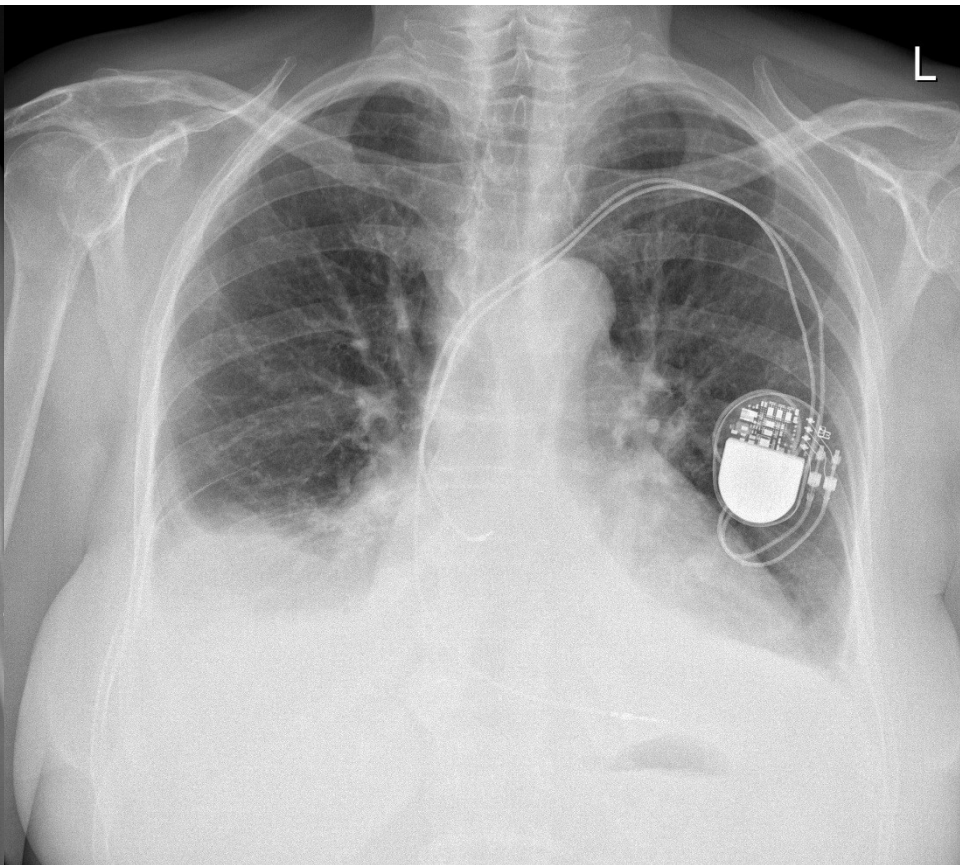
Zmiany zwyr. kręgosłupa Th.

Stan po implantacji kardiostymulatora 2 elektrodowego;końcówki elektrod rzutują się w PP i PK ; ciągłość elektrod zachowana;

Przed



Po



W trakcie pobytu włączono leczenie moczopędne, wykonano diagnostyczne nakłucie jamy opłucnowej prawej w którym odciekano ok. 100ml jasnożółtego, przejrzystego płynu.

W badaniu cytologicznym wykryto komórki atypowe, prawdopodobnie nowotworowe ("**cellulae atypicae, probaliter carcinomatosae**" - prof dr hab n. med. Marian Danielewicz).

Zmiany niedodmowe, płyn w jamie opłucnowej jednostronnie → wymagana dalsza diagnostyka.

W badaniu TK klatki piersiowej z kontrastem opisano płyn w jamach opłucnych, hypodensyjną zmianę ogniskową z obecnością zwapnień w lewym płacie tarczycy oraz inkrustowaną solami wapniowymi ścianę pęcherzyka żółciowego - pęcherzyk porcelanowy.



17. 11.2017

Dwufazowe badanie TK klatki piersiowej.

Płyn w jamach opłucnych gr.do L - 30mm, P - 53mm; powyżej płynu pasmowate obszary zagęszczeń mięszu o charakterze zmian niedodmowych segm10 oraz przywnękowo w segm.9 PP.

Poza tym płuca bez zmian ogniskowych.

Guzkowo-włókniste zmiany w szczytach obu płuc.

Podopłucnowo w segm.4 PP guzek śr. 6mm- zmiana niecharakterystyczna.

W okienku aortalno-płucnym pojedynczy powiększony węzeł chłonny o wym.13x19x14mm. Poza tym śródpiersie bez adenopatii.

Serce powiększone, dwukomorowe. Stan po implantacji stymulatora serca dwujamowego. Duża naczynia klatki piersiowej w normie. Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze odc.Th kręgosłupa.

Proponuje kontrole po ewakuacji płynu z jam opłucnych.

W lewym płacie tarczycy hypodensyjne zmiany ogniskowe z obecnością zwapnień - do oceny w badaniu USG.

Nadnercza niepowiększone, bez zmian ogniskowych.

Inkrustowana solami wapniowymi ściana pęcherzyka żółciowego - pęcherzyk porcelanowy - do dalszej diagnostyki.

20. 11.2017

CT jamy brzusznej oraz miednicy.

W badaniu zwraca uwagę pęcherzyk żółciowy, którego ściany są inkrustowane wapniem - pęcherzyk porcelanowy; przylegający miąższ wątroby, w otoczeniu łoży pęcherzyka prawdopodobnie z cechami nacieku grubości do 7mm; ponadto widocznie nieznacznie poszerzone gałęzie sektorowe przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych powyżej łoży pęcherzyka żółciowego (w segm. 5) oraz zaburzenia perfuzji miąższu wątroby w sąsiedztwie - **całość obrazu sugeruje obecność procesu npl w obrębie pęcherzyka żółciowego.**

Poza tym wątroba niepowiększona, bez zmian ogniskowych. W świetle pęcherzyka żółciowego widoczne uwapnione złogi. PZW poszerzony na całej długości do 14mm; poszerzone przewody wątrobowe wspólne, prawy do 9mm, lewy do 5mm.

Trzustka niepowiększona, bez zmian ogniskowych. Przewód trzustkowy nieposzerzony.

Obie nerki w położeniu typowym bez zmian ogniskowych, UKM- y bez zastoju.

Nadnercza typowego kształtu, wielkości, bez zmian ogniskowych.

Śledziona niepowiększona. Naczynia duże jamy brzusznej w normie.

Powiększonych węzłów chłonnych nie stw się.

Płyn w jamach opłucnych gr.do L - 20mm, P - 35mm; powyżej płynu pasmowate obszary zagęszczeń miąższu o charakterze zmian niedodmowych.

Struktury kostne objete badaniem bez zmian destrukcyjnych.

W macicy endometrium pogrubiałe do 10mm.



- Marker Ca 125 - wartość 236.3 (norma do 35)
- Pęcherzyk żółciowy porcelanowy, miąższ wątroby w ok. pęcherzyka prawdopodobnie nacieczony
- Płyn w jamie opłucnowej, zmiany niedodmowe
- W badaniu cytologicznym płynu- **cellulae atypicae, probaliter carcinomatosae**
- Pogrubienie endometrium do 10 mm
- W lewym płacie tarczycy hypodensyjne zmiany ogniskowe z obecnością zwapnień

Wycinek Karty Informacyjnej z hospitalizacji

Zalecenia

Dalsze leczenie w Poradni POZ (u Lekarza Rodzinnego)

Bardzo proszę o wystawienie karty DiLO przez Lekarza Rodzinnego (chora z podejrzeniem npl pęcherzyka żółciowego- pęcherzyk porcelanowy, płynem w jamie opłucnowej - cytologia komórki atypowe, guzkiem tarczycy z hipertyreozą, wysokim Ca 125 - brak jednoznacznego rozpoznania histopatologicznego pozwalającego na wystawienie karty DiLO z oddziału szpitalnego)

Wystawiono skierowanie do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej CKD celem cholecystektomii - chora zgłosi się do Sekretariatu Kliniki za około tydzień, z ambulatoryjnym wynikiem TSH i ft4 (konieczne osiągnięcie eutyreozy celem zabiegu operacyjnego)

Opieka ambulatoryjna w Poradni Endokrynologicznej (pilna - wystawiono skierowanie celem pilnej konsultacji), Poradni Kardiologicznej, Poradni Pulmonologicznej, Poradni Onkologicznej (wystawiono skierowanie)

Pobyty w Klinice Chirurgii

Pacjentka przyjęta do Kliniki celem wycięcia pęcherzyka żółciowego - w badaniach obrazowych pęcherzyk porcelanowy. Operowano 15.12.17r. Wykonano cholecystektomię metodą otwartą. Przebieg zabiegu i stan pooperacyjny bez powikłań. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano do dalszej opieki ambulatoryjnej z zaleceniami.

Kontrola i usunięcie szwów w Poradni Chirurgicznej 22.12.17r.

Poltram Combo - 4 x dziennie 1 tabletkę p/bólowo.

Zgłosi się po wynik badania histopatologicznego za ok.2 tygodnie po wcześniejszym kontakcie telefonicznym z sekretariatem Kliniki.

Dalsze leczenie uzależnione od wyniku badania histopatologicznego.

Kontynuacja dotychczasowego leczenia chorób towarzyszących.

Czas pobytu w Klinice Chirurgii: 14.12.2017-18.12.2017 (4 dni)

Zabieg operacyjny 15.12.2017.

rozpoznanie przedoperacyjne Podejrzenie guza pęcherzyka żółciowego.

Rodzaj zabiegu Laparatomia. Cholecystectomy. Drainage c. peritonei.

operator drM. Mordalski

drT. Matyjas

dr Stażysta

Po chirurgicznym przygotowaniu pola zabiegu cięciem przezprostnym prawym górnym otwarto jamę brzuszną. Skontrolowano ją Stwierdzono pęcherzyk grubościenny z dużym złogiem. Rozpreparowano więzadło wątrobowo-dwunastnicze ,uwidoczniono tętnicę i przewód pęcherzykowy podwiązano je i przecięto. Pęcherzyk usunięto, założono szew hemostatyczny na łożę. Kontrola hemostaty. Z przecięcia po stronie prawej wyprowadzono drenaż m. operowanego. Szwy warstwowe na powłoki Opatrunek.

Dgn. Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego na tle kamicy.

Przypadek „Rozsiew”

Pacjentka 83 letnia przyjęta do kliniki z powodu narastającej od kilku dni duszności spoczynkowej, braku apetytu oraz sączących obrzęków kończyn dolnych. W wywiadzie aktywne zapalenie płuc leczone ambulatoryjnie Augmentinem, a następnie Sumamedem (bez poprawy), niewydolność serca oraz nadciśnienie tętnicze.

W badaniu RTG klatki piersiowej uwidoczniono rozsiane, punkcikowate, dobrze odgraniczone zacielenia sugerujące nowotworowy rozsiew krwiopochodny, włóknienie, krzemicę, hemosyderozę lub chorobę śródmiąższową. Ponadto powiększoną sylwetkę serca, zwapnienia w łuku aorty, zrosty w kopułach przepony oraz zacielenie kąty przeponowo-żebrowe.

Przypadek „Rozsiew”

Z powodu wyczuwalnego przy badaniu palpacyjnym oporu w okolicy nadłonowej oraz masywnego krwawienia z dróg rodnych chorą skonsultowano ginekologicznie. W trakcie badania palpacyjnego stwierdzono zmiany rozrostowe szyjki macicy oraz trzon macicy powiększony do około 12 tygodnia.

Badanie za pomocą wziernika było niemożliwe ze względu na znaczną bolesność, opór oraz obfite krwawienie. Ze względu na zmiany rozrostowe niemożliwe było także badanie USG głowicą dopochwową.

W badaniu USG przez powłoki brzuszne w rzucie macicy nad spojeniem łonowym uwidoczono lity guz o wymiarach 7 na 9 cm.

Obraz kliniczny odpowiadał rakowi szyjki macicy w dużym stopniu zaawansowania, zajmującym również trzon macicy.