



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA  
W PRAKTYCE PEDIATRYCZNEJ  
-STANY NAGŁE

# KSIĘGA ABSTRAKTÓW

KATOWICE

28.05.2022 r.

## **Szanowni Państwo Studenci!**

Z ogromną radością chcemy wszystkich Państwa zaprosić na konferencję **Współczesne Wyzwania w Praktyce Pediatrycznej – Stany Nagłe** - organizowaną przez Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Pediatrii SUM w Katowicach, która odbędzie się w formie hybrydowej: stacjonarnie i za pomocą platformy ZOOM w dniu 28.05.2022 r. Myślą przewodnią będą stany nagłe w pediatrii ze szczególnym uwzględnieniem gastroenterologii, chirurgii, nefrologii, neurologii, diabetologii.

Mamy nadzieję, że konferencja wzbogaci Waszą wiedzę teoretyczną oraz praktyczną z zakresu pediatrii.

Zapraszamy wszystkich Państwa do wspólnej nauki!

**Dr n.med. Sabina Więcek**

Opiekun Studenckiego Koła Naukowego  
Klinika Pediatrii SUM w Katowicach

*Sabina Więcek*

**Prof. dr hab.n.med. Urszula**

**Grzybowska - Chlebowczyk**

Kierownik Kliniki Pediatrii SUM w Katowicach

*Urszula Chlebowczyk*

## **Drodzy Uczestnicy!**

W imieniu Studenckiego Koła Naukowego Kliniki i Katedry Pediatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach pragniemy Państwu serdecznie podziękować za udział w drugiej edycji ogólnopolskiej konferencji "Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej".

W tym roku skupiliśmy się na zagadnieniach z zakresu stanów nagłych u dzieci. Ponieważ każdy z nas może stanąć w obliczu nagłej sytuacji, wierzymy, że nasza Konferencja stała się nie tylko okazją do szerszego zaprezentowania swoich badań i ciekawych przypadków klinicznych, ale także była miejscem poszerzania wiedzy i możliwości dyskusji, wskazując jak niezwykle ważnym i wielowymiarowym zagadnieniem są stany nagłe. Bardzo cieszymy się, że razem z Państwem mogliśmy być częścią tego wydarzenia.

Pragniemy serdecznie podziękować Opiekunowi Koła i Współorganizatorce wydarzenia, Pani dr hab. n. med. Sabinie Więcek za wszelkie wsparcie i pomoc w pokonywaniu trudności związanych z organizacją Konferencji. Serdecznie dziękujemy Prorektorowi ds Studiów i Studentów - Prof. dr hab. n. med. Jerzemu Stojko za objęcie patronatem naszego wydarzenia. Pragniemy również złożyć wyrazy wdzięczności Sponsorom naszej Konferencji za ufundowanie wspaniałych nagród.

Mamy nadzieję, że Konferencja "Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej: stany nagłe" spełniła Państwa oczekiwania, pozostanie naszym wspólnym miejscem spotkań naukowych i niebawem zobaczymy się na kolejnych edycjach wydarzenia!

**Komitet Organizacyjny Konferencji**

Aleksandra Kłoskowiak

Magdalena Nowak

SPIS TREŚCI

Skręt krezki - rzadka przyczyna ostrego uszkodzenia nerek	6
Jedna choroba, wiele powikłań. Opis pacjentów z rozpoznaną kamicą pęcherzyka żółciowego	7
Jakie znaczenie ma czas? Szybkie wdrożenie działań ratunkowych a rokowanie pacjenta w zatruciu - opis porównawczy dwóch prób samobójczych z użyciem paracetamolu	8
Obustronny chłoniak Burkitta jajników u 11-letniej pacjentki - opis przypadku	9
Schwannoma odcinka krzyżowego kręgosłupa u 15-letniej pacjentki - opis przypadku	10
Guz Wilmsa u 7-letniego chłopca- opis przypadku	11
Uwaga intruz! - seria przypadków pacjentów pediatrycznych z ciałem obcym w przewodzie pokarmowym	12
Cukrzyca typu 1 jako stan zagrożenia życia	13

Postępowanie w urazie wielonarządowym u pacjenta małoletniego na podstawie opisu przypadku	<b>14</b>
Uraz oka powikłany zaćmą u 11-letniego chłopca	<b>15</b>
Hiperleukocytoza i jej konsekwencje u pacjentów pediatrycznych chorujących na białaczkę - opis przypadku	<b>16</b>
Anafilaksja w populacji pediatrycznej - jednoośrodkowe badanie interwencji przedszpitalnych	<b>17</b>
Farmakologiczne leczenie bólu urazowych pacjentów pediatrycznych w medycynie ratunkowej – analiza retrospektywna	<b>18</b>
Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu u dzieci hospitalizowanych w Klinice Pediatrii SUM w Katowicach	<b>19</b>
Ciała obce w obrębie przewodu pokarmowego u dzieci hospitalizowanych w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach	<b>20</b>
Retrospektywna analiza pacjentów pediatrycznych po urazach w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w I kwartale 2021 r.	<b>21</b>

# Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

## Skręt krezki - rzadka przyczyna ostrego uszkodzenia nerek

Przemysław Zygmunciak

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekun: dr n. med. Agnieszka Szmigielska

Skręt krezki jest rzadkim stanem nagłym występującym głównie u noworodków i niemowląt. Objawy choroby takie jak wymioty, ból brzucha i apatia nie są specyficzne. Co więcej mogą one naśladować inne poważne patologie takie jak niedrożność jelit, perforacja przewodu pokarmowego, itp. Na szczęście charakterystyczne objawy radiologiczne (objaw wiru w USG i TK, objaw korkociągu we fluoroskopii) są ewidentnymi indykatorami prowadzącymi do prawidłowego rozpoznania i leczenia chirurgicznego zapobiegającego poważnym powikłaniom.

8-miesięczny chłopczyk został przyjęty do szpitala z powodu nasilających się od 2 dni wymiotów. Dziecko było ospałe i wykazywało objawy odwodnienia. Badania laboratoryjne wykazały objawy ostrego uszkodzenia nerek (kreatynina - 1,58mg/dl, mocznik - 164mg/dl) oraz nieprawidłową gazometrię (pH = 7,55; HCO<sub>3</sub>=31,8 mmol/l; BE=9mmol/l). Wyniki badań radiologicznych były prawidłowe. Z powodu podejrzenia uszkodzenia nerek niemowlę otrzymało 1000 ml płynów, furosemid oraz ondansetron i zostało przekazane do Kliniki Nefrologii. W rozszerzonym badaniu krwi stwierdzono podwyższone stężenie CRP, kreatyniny, mocznika i lipazy. Hemoglobina, hematokryt, albuminy, fosfor, chlorki i potas były obniżone. Wyniki gazometrii wykazały ciężką kwasowicę metaboliczną (pH=7,663; HCO<sub>3</sub>= 37,1; BE=16,6 mmol/l). Zlecono RTG jamy brzusznej, gdzie zaobserwowano pęcherzyki powietrza w żołądku i dwunastnicy, potwierdzone w USG, które wykazało również niewielki obrzęk krezki. Podczas konsultacji z chirurgiem dziecięcym i gastroenterologiem dziecięcym wykluczono wskazania do pilnej operacji. W kontrolnym USG wykonanym 6 godzin później zaobserwowano objaw wiru, co doprowadziło do rozpoznania skrętu krezki. Przeprowadzono pilną operację z zastosowaniem procedury Ladda. Po operacji stan pacjenta poprawiał się, a wyniki gazometrii i wskaźniki nerkowe uległy normalizacji.

Wymioty i bóle brzucha należą do najczęstszych objawów klinicznych u dzieci, które mogą prowadzić do ostrego uszkodzenia nerek. Ultrasonografia jamy brzusznej odgrywa kluczową rolę w diagnostyce bólu brzucha. Znajomość spektakularnego obrazu radiologicznego skrętu krezki jest dla klinicystów koniecznością, aby natychmiast skierować pacjenta do chirurga i zapobiec niedokrwieniu krezki. Zabieg chirurgiczny jest jedyną skuteczną metodą leczenia skrętu krezki.

## Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

### **Jedna choroba, wiele powikłań. Opis pacjentów z rozpoznaną kamicą pęcherzyka żółciowego**

Justyna Topa, Paula Łasińska, Magdalena Nowak

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun: dr hab. n. med. Sabina Więcek

Kamica żółciowa to relatywnie rzadkie schorzenie w populacji pediatrycznej, które może jednak być przyczyną ostrych stanów jamy brzusznej, a nawet zagrożeniem życia.

W pracy przedstawiono opis przypadków dzieci z kamicą pęcherzyka żółciowego, o ciężkim przebiegu. Pierwszy pacjent to 13-letnia dziewczynka z otyłością, która zgłosiła się do oddziału gastroenterologii z powodu nasilonych bólów brzucha oraz zażółcenie powłok skórnych. Przy przyjęciu pacjentka była w stanie ogólnym ciężkim, zgłaszała nasilone dolegliwości bólowe. W badaniach laboratoryjnych wykazano wysokie aktywności amylazy, GTP oraz wysokie parametry stanu zapalnego. Badanie USG oraz TK potwierdziły ostre żółciopochodne zapalenie trzustki. W trybie pilnym wykonano zabieg ERCP z uwolnieniem złogów. W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię, żywienie pozajelitowe oraz IPP. W kolejnej dobie obserwowano nasiloną duszność, w USG uwidoczono obustronnie płyn w jamach opłucnowych. Po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego i normalizacji badań laboratoryjnych dziewczynkę zakwalifikowano do zabiegu cholecystektomii. Drugi pacjent to 15-letni chłopiec ze sferocytózą wrodzoną przyjęty z powodu nasilonych wymiotów i znacznego zażółcenia skóry. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wysokie parametry cholestazy. USG i MRCP potwierdziły kamicę żółciową przewodową, chłopca zakwalifikowano w trybie pilnym do zabiegu ERCP, wykonano sfinkterotomię i ewakuowano złogi. W trzeciej dobie po zabiegu obserwowano objawy anemizacji, w panendoskopii obserwowano krwawienie w okolicy brodawki Vatera. U chłopca skoagulowano krwawiące naczynie. Po stabilizacji pacjenta zakwalifikowano do zabiegu cholecystektomii ze splenektomią. Trzeci przypadek to otyły, 17-letni chłopiec z dodatnim wywiadem w kierunku kamicy pęcherzyka żółciowego. 2 miesiące wcześniej wykonano zabieg ERCP z drenażem dróg żółciowych oraz zakwalifikowano do planowej cholecystektomii. Pacjent zgłosił się ponownie z nasilonymi dolegliwościami bólowymi jamy brzusznej, którym towarzyszyły wymioty treścią żółciową. Na podstawie wywiadu, badania fizykalnego oraz wyników badań laboratoryjnych i obrazowych zdiagnozowano ropniak pęcherzyka żółciowego.

W diagnostyce różnicowej ostrych stanów jamy brzusznej u dzieci należy uwzględnić kamicę żółciową, zwłaszcza jeśli występują czynniki ryzyka takie jak otyłość lub choroby hematologiczne. Powikłania kamicy żółciowej u dzieci mogą charakteryzować się różnorodnym obrazem klinicznym i mogą być stanem zagrażającym życiu.

Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

**Jakie znaczenie ma czas? Szybkie wdrożenie działań ratunkowych a  
rokowanie pacjenta w zatruciu - opis porównawczy dwóch prób samobójczych  
z użyciem paracetamolu**

Maria Kubicka, Julia Kret, Lilianna Zielińska

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we  
Wrocławiu

Opiekun: lek. Mateusz Walkowiak, dr n. med.  
Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska

U Paracetamol, z powodu swojej powszechności, jest jednym z leków najczęściej stosowanych w celowych zatruciach. W 2021 roku w Polsce zanotowano blisko 1500 prób samobójczych u dzieci i nastolatków poniżej 18 roku życia. Szybko wdrożone postępowanie ratunkowe i zastosowanie odpowiedniej odtrutki może istotnie ograniczyć toksyczny wpływ metabolitów paracetamolu na funkcje wątroby.

Opis przedstawia dwa pozornie podobne przypadki prób samobójczych u 13 i 14 letnich pacjentek z użyciem popularnego środka przeciwbólowego. Spożyte ilości (308mg/kg/mc i 359mg/kg/mc) ponad 3-krotnie przekroczyły dawkę toksyczną. W obydwu przypadkach w leczeniu zastosowano acetylocysteinę, jednak pozostałe elementy terapii znacząco różniły się ze względu na czas od przyjęcia leku i stan w jakim zostały przyjęte do szpitala. Stan jednej z pacjentek dzięki odpowiednio szybkiej reakcji nie uległ pogorszeniu, podczas gdy druga z dziewczynek rozwinęła ostrą niewydolność wątroby.

Różnice w wynikach badań i długości hospitalizacji pokazują, że wystarczająco szybkie podanie odtrutki stanowi istotny element zabezpieczający wątrobę przed uszkodzeniem.



## Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

### **Obustronny chłoniak Burkitta jajników u 11-letniej pacjentki - opis przypadku**

Katarzyna Kowalczyk, Katarzyna Rałowska

**Kolegium Nauk Medycznych- Uniwersytet Rzeszowski**

**Opiekun: lek. Anna Ogorzałek**

Objaw ostrego bólu brzucha występuje u 9% dzieci zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu. Współistnienie narastającego bólu brzucha oraz anemia w badaniach laboratoryjnych może świadczyć

Przedstawiamy przypadek 11-letniej dziewczynki z obustronnymi guzami nowotworowymi jajników. Pacjentka została skierowana do szpitala z powodu silnego bólu brzucha i osłabienia. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niskie wartości hemoglobiny (8,9 g/dl). W badaniach obrazowych uwidoczono pęknięty guz prawego jajnika z krwawieniem do jamy otrzewnej. Dziecko zakwalifikowano do zabiegu w trybie pilnym. Śródoperacyjnie stwierdzono obustronne guzy jajników, pęknięcie guza po stronie prawej oraz krwawienie z guza. Po konsultacji telefonicznej z Kliniką Onkologii w Warszawie podjęto decyzję o resekcji prawego jajnika oraz pozostawieniu guza lewego jajnika. W uzupełniających badaniach dodatkowych stwierdzono podwyższone wartości dehydrogenazy mleczanowej (z najwyższą wartością 16 660 H U/L), prawidłowe wartości alfa- fetoproteiny, ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej, CA 125, CA19-9, CA15-3. Pobrano również szpik kostny, w którym stwierdzono 50% komórek niskozróżnicowanych. Na podstawie powyższych badań postawiono rozpoznanie chłoniaka Burkitta. W stanie stabilnym pacjentkę przekazano do Kliniki Onkohematologii Dziecięcej celem dalszego leczenia.

U dzieci i nastolatków guzy jajników stanowią około 1% wszystkich nowotworów. Choć liczba ta wydaje się niewielka, guzy jajników stanowią 70% wszystkich nowotworów ginekologicznych w omawianej grupie wiekowej. Jajnik jest najczęstszym miejscem chłoniaka nieziarnicznego w drogach rodnych, stanowiąc około 1% wszystkich nowotworów jajnika. Leczenie operacyjne nie jest leczeniem z wyboru u pacjentów z chłoniakiem jajników, jednak odgrywa ogromną rolę w procesie diagnostycznym. Wczesne rozpoznanie jest kluczem w późniejszej terapii oraz w wyborze właściwego protokołu dla guzów jajnikowych wywodzących się z tej etiologii.

## Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

### **Schwannoma odcinka krzyżowego kręgosłupa u 15-letniej pacjentki - opis przypadku**

Katarzyna Rałowska, Katarzyna Kowalczyk

**Kolegium Nauk Medycznych- Uniwersytet Rzeszowski**

**Opiekun: lek. Joanna Kłęba**

Schwannoma to zmiany nowotworowe zbudowane z komórek Schwanna, które są łagodne w 97– 98% zgłoszonych przypadków. Pomimo swojej łagodności, guzy te mogą osiągnąć znaczne rozmiary zanim zostaną wykryte. Proces diagnostyczny zwykle rozpoczyna się, gdy guz osiągnie duże rozmiary i uciskając sąsiednie narządy, powodują różnorodnie objawy. Kluczową rolę w rozpoznaniu choroby odgrywa diagnostyka obrazowa i wykonanie biopsji guza. Badania laboratoryjne nie są niezbędne w przypadku tego nowotworu, ponieważ nie ma w nich charakterystycznych odchyleń.

Prezentujemy przypadek 15-letniej pacjentki, która zgłosiła się do naszej Kliniki z powodu bólu kończyny dolnej lewej promieniującego od kolana do stopy i od kolana do biodra, który utrzymywał się od ponad 1,5 roku. Obecnie ból jest nasilony, a ponadto pacjentka skarży się na ogólne osłabienie, zmniejszony apetyt, wzmożoną potliwość i epizod silnego bólu brzucha. W izbie przyjęć wykonano badanie ultrasonograficzne, które wykazało litą masę w podbrzuszu. Wyniki MRI potwierdziły obecność masy guza o wymiarach 53x82x51mm (LLxAPxCC) wywodzącej się z otworu nerwowego S1/S2. W badaniu tym ukazano jednorodny o pośrednim sygnale w sekwencji T1 i miernie podwyższony sygnał w sekwencji T2. Badania laboratoryjne nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Wysłano podejrzenie rozpoznania Schwannoma, które zostało potwierdzone w badaniu histopatologicznym. Podjęto decyzję o wycięciu części guza, a nie całkowitej resekcji. MRI wykonano dwa miesiące po operacji i ujawniono guza resztkowego, którego wymiary były o 41,5% mniejsze od wymiarów przedoperacyjnych.

Schwannoma kręgosłupa krzyżowego są bardzo rzadkie i stanowią zaledwie 1-5% wszystkich nerwiaków ostonkowych. Miejscowa wznowa i złośliwa transformacja nerwiaka ostonkowego występują bardzo rzadko. MRI jest złotym standardem w diagnostyce, gdyż pomaga oszacować rozrost guza i zdecydować o podejściu do operacji. Głównym celem leczenia jest radykalny zabieg chirurgiczny, ale w szczególnych przypadkach cel leczenia może ulec zmianie ze względu na stan kliniczny pacjenta.

## Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

### Guz Wilmsa u 7-letniego chłopca- opis przypadku

Aleksandra Cieplińska, Katarzyna Kowalczyk, Katarzyna Rałowska

Kolegium Nauk Medycznych- Uniwersytet Rzeszowski

Opiekun: lek. Joanna Kłęba

Guz Wilmsa (WT) jest najczęstszym pierwotnym nowotworem złośliwym nerki u dzieci, a 95% WT występuje u pacjentów w wieku poniżej 10 lat. Wstępne obrazowanie guza nerkowego zwykle obejmuje USG jamy brzusznej w celu identyfikacji narządu pochodzenia, a następnie wykonuje się CT lub MRI w celu dalszej oceny ogniska pierwotnego i wykrycia przerzutów.

Przedstawiamy przypadek 7-letniego chłopca przyjętego do naszej Kliniki z bólem brzucha i asymetrią brzucha. W SOR wykonano ultrasonografię, która wykazała hipoechogeniczną zmianę w nerce lewej o wymiarach 119x98x114 mm. Tomografia komputerowa jamy brzusznej wykazała ogromną, niejednorodną masę o małej gęstości o objętości 445 ml, wyłaniającą się z lewej nerki. RTG klatki piersiowej wykluczyło przerzuty do płuc. W dodatkowych wynikach badań laboratoryjnych stwierdzono podwyższony poziom białka C- reaktywnego i D-dimerów. Wystąpiła limfadenopatia okołoaortalna. Postawiono diagnozę nerczaka zarodkowego i zakwalifikowano chorego do przedoperacyjnej chemioterapii. Po miesiącu kontrolna tomografia komputerowa wykazała 91% redukcję guza w stosunku do początkowej objętości. Podjęto decyzję o lewostronnej nefrektomii, a następnie badanie histopatologiczne wykazało typ blastemalny WT. Pacjent przeszedł chemioterapię pooperacyjną, był pod kontrolą Kliniki i zgłaszał się na kontrolne badania USG. Pacjent miał dwie wznowy guza, które leczono chemioterapią, resekcją i radioterapią. Obecnie pacjent miał kontrolne badanie ultrasonograficzne, które wykazało nową niejednorodną masę w łożu nerkowej po nefrektomii o wymiarach 33x29x38 mm.

Przeżycie długoterminowe pacjentów z nerczakiem zarodkowym stale się poprawiało w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat i obecnie przekracza 85%. Zastosowanie chemioterapii neoadiuwantowej w przypadku WT może być dobrą metodą leczenia zmniejszającą wielkość guza i zachowującą czynność nerek. Obrazowanie odgrywa zasadniczą rolę we wstępnej diagnozie, ocenie stopnia zaawansowania i nadzorze WT.

## Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

### **Uwaga intruz! - seria przypadków pacjentów pediatrycznych z ciałem obcym w przewodzie pokarmowym**

Julianna Szwanzyber, Katarzyna Jankowicz, Natalia Lewoniuk

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun: dr hab. n. med. Sabina Więcek

Spożycia ciał obcych stanowią jedną z nagłych przyczyn hospitalizacji w oddziałach pediatrycznych. Przebieg bywa często bezobjawowy, jednak może skutkować groźnymi dla życia powikłaniami. Połknięcia ciał obcych najczęściej występują u dzieci najmłodszych, ale mogą dotyczyć również starszych pacjentów.

Autorki opisują serię trzech przypadków pacjentów pediatrycznych, którzy zostali przyjęci do oddziału gastroenterologii w trybie pilnym po spożyciu ciała obcych. Pierwsza pacjentka to dwuletnia dziewczynka, która połknęła baterię typu „zegarkowego”. Ciało obce zostało zlokalizowane w obrębie przełyku i następnie usunięte podczas gastroskopii. Mimo tego doszło do uszkodzenia błony śluzowej przełyku i następczych zaburzeń karmienia. W drugim przypadku dwunastoletni chłopiec spożył jedną kulkę magnetyczną, a dnia następnego kolejną. Seria badań RTG przeglądowych jamy brzusznej potwierdziła obecność dwóch ciał obcych, które po złączeniu się nie zmieniły swojej lokalizacji w kolejnych dniach. Ostatecznie pacjent został przekazany do Oddziału Chirurgii Dziecięcej GCZD celem leczenia specjalistycznego. Ostatni pacjent to niespełna osiemnastoletni chłopiec, ze znacznego stopnia niedoborem masy ciała, który został przyjęty w trybie pilnym do oddziału laryngologii z powodu zaburzeń połykania. Wykonana gastroskopia uwiarydliwiła kęs pokarmowy zaklinowany w okolicy nadwpustowej, który został usunięty, a także zwężenie przełyku w tym miejscu. Otrzymany wynik badania histopatologicznego wykazał eozynofilowe zapalenie przełyku.

W praktyce pediatrycznej lekarz może spotkać się z różnego rodzaju ciałami obcymi w przewodzie pokarmowym. Każde z nich będzie wymagać specjalistycznego postępowania dostosowanego do okoliczności spożycia, a także charakteru ciała obcego. Bardzo ważna jest znajomość pierwszej pomocy oraz ścieżki diagnostycznej i leczniczej w takich przypadkach.

## Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

### Cukrzyca typu 1 jako stan zagrożenia życia

Aleksandra Mroskowiak

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun: prof. dr hab. n. med. Przemysław  
Jarosz-Chobot, dr n. med. Sebastian Seget

11-letni chłopiec w stanie ciężkim został przyjęty do Oddziału Diabetologii Dziecięcej z powodu świeżego ujawnienia cukrzycy z kwasicią ketonową. Wcześniej zgłosił się do POZ z powodu duszności. Tam, podejrzewając astmę, podano mu leki wziewne, po których nie nastąpiła poprawa. Tego samego dnia chłopiec od rana był podsypiający i osłabiony, zgłaszał ból brzucha, utratę apetytu, wymioty, a od kilku tygodni także polidypsję, poliurię oraz utratę wagi o 5kg. Zdecydowano się wówczas na pomiar glikemii, która wynosiła ponad 500mg%. Chłopca od razu przetransportowano do najbliższego Oddziału pediatrycznego, gdzie dokładne pomiary glikemii wykazały 677mg%. Pacjenta nawodniono, podano 2,5j insuliny i przekazano do SOR w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka. Dziecko prezentowało charakterystyczny oddech Kussmala, miało suche śluzówki, odpowiadało niewyraźnie pojedynczymi słowami. W SOR kontynuowano nawadnianie i poszerzono badania laboratoryjne. Wykonano gazometrię, w której pH wynosiło 6.87, pCO<sub>2</sub> 12.3, a glikemia 389mg%. Następnie przekazano chłopca do Oddziału Diabetologii Dziecięcej. Kontynuowano nawadnianie i insulinoterapię, jednak ze względu na zaburzenia świadomości, zdecydowano się na przeniesienie do Oddziału Intensywnej Terapii. Po kilkunastu godzinach leczenia, chłopiec wrócił do Oddziału Diabetologii Dziecięcej, gdzie stan dziecka stopniowo poprawiał się. Chłopiec otrzymał osobistą pompę insulinową, dzięki której uzyskiwano coraz lepsze wyniki w kontroli glikemii. Po 12 dniach hospitalizacji, pacjenta w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu.

Objawy takie jak polidypsja, poliuria, czy nagła utrata wagi powinna być zawsze alarmująca i skłaniać do dalszej diagnostyki. W przypadku bagatelizowania tych objawów, może dojść do niebezpiecznej sytuacji zagrożenia życia, jak w opisanym powyżej przypadku. Aby zapobiegać takim incydentom, ważna jest edukacja społeczeństwa w zakresie dostrzegania charakterystycznych objawów.

Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

## **Postępowanie w urazie wielonarządowym u pacjenta małoletniego na podstawie opisu przypadku**

Barbara Burchardt

**Warszawski Uniwersytet Medyczny**

**Opiekun: dr. n. o zdr. Jan Stachurski**

W pracy przedstawiono przypadek 14-letniego chłopca, który na skutek wypadku komunikacyjnego doznał urazu wielonarządowego. W wyniku zdarzenia doszło do rozległego urazu czaszkowo-mózgowego przebiegającego z ostrym krwawieniem pod- i nadwardówkowym, złamania kości udowej oraz złamania obu kości podudzia na odcinku przynasad dalszych. Przybyły na miejsce zespół ratownictwa medycznego (ZRM) wstępnie zakwalifikował pacjenta do Centrum Urazowego dla Dzieci (CUD) i ze względu na znaczną odległość do szpitala, przetransportowano pacjenta śmigłowcem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) do CUD. Tam w obrębie Oddziału Intensywnej Terapii kontynuowano proces leczniczy. Przez większość okresu hospitalizacji stosowano różnorodne metody intensywnego monitorowania funkcji życiowych; w tym – kontrolę ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ICP) za pomocą dedykowanego czujnika. Jego monitorowanie wykazało stopniowe narastanie ciśnienia i stanowiło jeden z czynników decydujących o przeprowadzeniu pilnej kraniotomii z odbarzeniem krwawiaków. W czasie hospitalizacji odbyły się również operacje w zakresie ortopedycznym, celem stabilizacji złamań kończyn dolnych. Uzyskano poprawę stanu ogólnego pacjenta i stabilizację funkcji życiowych. Konsultacje lekarskie wykazały pełną skuteczność podjętych interwencji.

Urazy wielonarządowe ze względu na swoją złożoną strukturę stanowią szczególnie duże wyzwanie w życiu medyka. Stosowanie wypracowanych algorytmów przyspiesza i organizuje prace zarówno na miejscu zdarzenia jak i w obrębie szpitala. Kluczowe dla niesienia efektywnej pomocy jest stosowanie najnowszych rozwiązań farmakologicznych oraz sprzętowych. Zarówno ZRM jak i śmigłowce LPR powinny być zaopatrzone w najlepsze i najnowsze zdobycze techniki i medycyny, by móc w pełni stosować się do zaleceń międzynarodowych komitetów naukowych, np. ITLS. To samo dotyczy się Centrów Urazowych, które powinny oferować leczenie oparte na najnowocześniejszych, dostępnych metodach terapii.

## Współczesne wyzwania w praktyce pediatrycznej – stany nagłe

### Uraz oka powikłany zaćmą u 11-letniego chłopca

Aleksandra Janocha, Anna Hitnarowicz, Aneta Jerzak

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun: lek. Agnieszka Tronina, dr hab. n. med. Erita

Filipek

Urazy oka i oczodołu stanowią duże wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Około 50% urazów oka to urazy u dzieci, co stanowi główną przyczynę nabytej jednoocznej ślepoty. Większość z nich to urazy tępe- stłuczenia tkanek miękkich, powierzchowne ubytki nabolka rogówki. Podczas urazu tępego lub penetrującego może dojść do uszkodzenia soczewki, a będąca jego następstwem zaćma pourazowa jest ważną przyczyną upośledzenia wzroku.

11- letni chłopiec podczas zabawy w ogrodzie doznał urazu oka lewego gałęzią, samodzielnie usunął drewniane ciało obce z oka. Następnego dnia obudził się z obrzękiem powieki lewej, światłowstrętem i bólem, z którymi zgłosił się z rodzicami na Izbę Przyjęć. W badaniu okulistycznym okiem lewym widział tylko ruchy ręki przed okiem, gałka oczna była zadrażniona, spojówka z naskrzykiem mieszanym, rogówka przymglona z naciekiem zapalnym. Wgląd w dno oka był utrudniony ze względu na powstałą zaćmę pourazową, która była konsekwencją urazu penetrującego oka. W badaniu TK oczodołów nie uwidoczniło cieniującego ciała obcego ani uchwytanych zmian struktur kostnych. Chłopca w trybie nagłym skierowano na Oddział Okulistyki Dziecięcej, gdzie wykonano chirurgiczne zaopatrzenie rany rogówki i twardówki z repozycją tęczęwki oka lewego oraz wdrożono leczenie przeciwzapalne. Po badaniu MR oczodołów, które wykazało zmniejszoną objętość komory przedniej oka i podwyższoną IS lewej soczewki wykonano rewizję rany operacyjnej oraz zabieg fakoaspiracji zaćmy pourazowej z implantacją sztucznej soczewki. W chwili obecnej pacjent po rocznym intensywnym leczeniu farmakologicznym wykazuje widzenie w oku lewym na poziomie 5/16. Wpływ na ostrość wzroku ma blizna rogówki, której grubość nie zmienia się i w znaczący sposób nie ogranicza pola widzenia. W przebiegu procesu chorobowego rozwinęła się jaskra wtórna, kontrolowana za pomocą leczenia miejscowego, w postaci kropli zawierających dorzolamid.

Przedstawiony przypadek zwraca uwagę, że z pozoru niewielkie urazy mogą prowadzić do poważnych powikłań. U większości pacjentów leczenie należy wdrożyć bez zbędnej zwłoki, nierzadko w warunkach ostrodyżurowych. Szybka interwencja pozwala na częściowe odzyskanie dobrej ostrości wzroku

## Hiperleukocytoza i jej konsekwencje u pacjentów pediatricznych chorujących na białaczkę - opis przypadku

Katarzyna Merta

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Opiekun: dr n. med. Monika Richert-Przygońska, dr  
hab. n. med. Krzysztof Czyżewski, prof. UMK

3-letni chłopiec został przyjęty do Kliniki z powodu podejrzenia białaczki. W wywiadzie gorączka, kaszel, osłabienie apetytu i powiększenie obwodu brzucha. Przedmiotowo: woskowa bladeść skóry, wybroczyny i podbiegnięcia krwawe, uogólniona limfadenopatia, tachykardia, tachypnoe, nad polami płucnymi trzeszczenia i rzęzenia, ponadto hepatosplenomegalia. W badaniach laboratoryjnych: hiperleukocytoza (170 tys/ $\mu$ l), niedokrwistość i małopłytkowość, hiperurykemia, zaburzenia elektrolitowe. W rozmazie krwi obwodowej stwierdzono 92% blastów. Na podstawie badania szpiku rozpoznano ostrą białaczkę mieloblastyczną typu M5a. Wdrożono profilaktykę zespołu lizy guza i rozpoczęto leczenie onkologiczne. W drugiej dobie chemioterapii zaobserwowano napadowy ból głowy w okolicy czołowej, niedowład połowiczy lewostronny, zwrot gałek ocznych w stronę prawą, opadanie lewego kącika ust, niewyraźną mowę. W trybie pilnym wykonano TK głowy, w którym nie stwierdzono cech świeżego krwawienia do OUN. Następnie wykonano MR głowy uwidaczniając zawał w fazie ostrej w prawej półkuli mózgu oraz masywny obrzęk mózgu. Wdrożono leczenie przeciwobrzękowe i wyrównano wtórne do udaru zaburzenia krzepnięcia. Następnie kontynuowano chemioterapię wielolekową, uzyskując remisję choroby w 21. dobie leczenia. Przez cały okres leczenia prowadzono rehabilitację. Pomimo leczenia neuroprotektynowego u pacjenta obserwowano napady drgawek częściowych. W kontrolnym MRI uwidoczniło ewolucję zmian udarowych oraz liczne mikrokrwawienia w obrębie mózdzku. Leczenie onkologiczne pacjent zakończył w maju 2018. Aktualnie pozostaje w remisji choroby nowotworowej. Nadal pozostaje pod opieką fizjoterapeuty.

U pacjentów z rozpoznaniem ostrej białaczki u dzieci hiperleukocytoza stanowi stan bezpośredniego zagrożenia życia. Niezwykle istotne jest wnikliwe monitorowanie stanu pacjenta oraz szybkie reagowanie na pojawiające się objawy ze strony OUN. Pomimo odpowiedniego leczenia, krążące blasty mogą stać się materiałem zatorowym w naczyniach kluczowych dla życia narządów.



## **Anafilaksja w populacji pediatricznej - jednośrodkowe badanie interwencji przedszpitalnych**

Mateusz Piętaś, Jan Stachurski, Maksymilian Sroczyński, Filip Jaroszyński

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekun: dr n. o zdr. Jan Stachurski

Anafilaksja to potencjalnie zagrażająca życiu, nagła, uogólniona reakcja nadwrażliwości. Lekiem pierwszego rzutu w każdym przypadku anafilaksji jest podawana domięśniowo adrenalina. Częstość występowania anafilaksji w populacji pediatricznej stale wzrasta.

Celem badania było poznanie charakterystyki postępowania przedszpitalnego w przypadkach anafilaksji i ciężkiej reakcji alergicznej u pacjentów pediatricznych. Poszukiwano korelacji pomiędzy wdrożeniem farmakoterapii podczas czynności Zespołów Ratownictwa Medycznego, a decyzją o przyjęciu do szpitala.

Wykonano retrospektywną analizę, która objęła dokumentację medyczną 2444 pacjentów przywiezionych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie w ciągu roku 2020. Dokumentacja zawierała między innymi: dane demograficzne, informacje o podjętej farmakoterapii oraz wstępne rozpoznanie. Kryterium włączenia było wystąpienie ciężkiej reakcji alergicznej.

Czterdziestu pacjentów spełniło kryterium włączenia, co stanowiło 1.64% wszystkich pacjentów zbadanego okresu. Wśród nich dwudziestu trzech (58%) zostało poddanych farmakoterapii w ramach przedszpitalnych czynności ratunkowych (grupa A), a siedemnastu pacjentów (42%) nie otrzymało żadnego leku (grupa B). Nie zaobserwowano istotnej różnicy w rozkładzie płci między grupami A i B. W grupie A 5 pacjentów zostało przyjętych do szpitala, a w grupie B – 2 pacjentów. Różnica ta nie była istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ). Najczęstszym alergenem był pokarm ( $n=22$ ; 55%). Najczęściej używanym lekiem był hydrokortyzon – otrzymało go 11 pacjentów. Adrenalina w postaci domięśniowej została podana 3 pacjentom.

Płeć pacjenta nie wpływała na decyzję o podjęciu leczenia farmakologicznego. Adrenalina jest stosowana rzadko w przedszpitalnej terapii reakcji anafilaktycznych. Nie znaleziono korelacji pomiędzy wdrożeniem farmakoterapii w czynnościach przedszpitalnych, a decyzją o przyjęciu pacjenta do szpitala.

## Farmakologiczne leczenie bólu urazowych pacjentów pediatrycznych w medycynie ratunkowej – analiza retrospektywna

Tomasz Konieczny, Natalia Wierzejska, Mateusz Kopczyński, Aneta Michalczyńska, Joanna Żyła, Kaja Kubiak

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekun: dr n. o zdr. Jan Stachurski

Ból jest jednym z głównych objawów zgłaszanych przez urazowych pacjentów pediatrycznych w medycynie ratunkowej. Poprawa jakości leczenia bólu, nie tylko zwiększa komfort pacjentów, ale również zmniejsza ryzyko powikłań oraz polepsza długoterminowe wyniki procesu terapeutycznego.

Celem pracy jest ocena przedszpitalnego leczenia przeciwbólowego wśród pacjentów urazowych do 18 roku życia.

Przeanalizowano 349 Kart Medycznych Czynności Ratunkowych pacjentów przekazanych do szpitala przez Zespół Ratownictwa Medycznego z powodu urazu i leczonych w UCK WUM w Warszawie w 2021 roku. Dane porównano statystycznie z pomocą testów Wilcozona i Kruskala-Wallis.

Wśród 349 pacjentów 237 odczuwało ból. 29,5% otrzymało leczenie przeciwbólowe. 23% spośród nich mieściło się w przedziale wiekowym do 6 lat (31% dziewczynki, 69% chłopcy), 36% w przedziale 6-12 lat (16% dziewczynki, 84% chłopcy), a 41% w przedziale powyżej 12 lat (32% dziewczynki, 68% chłopcy).

Ból był oceniany w skali numerycznej (NRS), skali wizualnej analogowej (VAS) i skali Wonga-Bakera (FACE). Wśród pacjentów leczonych farmakologicznie jego ocena zmieniła się z  $6,88 \pm 2,06$  punktów na  $3,01 \pm 2,02$  punkty, a wśród pacjentów nieleczonych z  $2,77 \pm 2,12$  na  $2,35 \pm 1,84$  punkty.

W analgezji stosowano: paracetamol (44%), morfinę (39%), fentanyl (23%), metamizol (10%) i niesteroidowe leki przeciwzapalne (7%).

Według danych z Zespołów Ratownictwa Medycznego przedszpitalne leczenie bólu jest stosowane rzadko, lecz skutecznie. Najczęściej wymaga go młodzież w wieku 12-18 lat.

## **Ostre zapalenie trzustki o ciężkim przebiegu u dzieci hospitalizowanych w Klinice Pediatrii SUM w Katowicach**

Karolina Majewska, Aleksandra Mroskowiak, Dominik Rabstein, Natalia Szymela

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun: dr hab. n. med. Sabina Więcek

Ostre zapalenie trzustki (OZT) to wieloczynnikowy, złożony proces zapalny, obejmujący mięsz narządu, a często także tkanki otaczające. U części pacjentów dochodzi do uogólnienia procesu zapalnego, który może być stanem zagrożenia życia.

Celem pracy była analiza obrazu klinicznego OZT u dzieci hospitalizowanych w latach 2019–2021 w Klinice Pediatrii SUM, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z ciężkim przebiegiem schorzenia.

Analizą objęto 44 pacjentów hospitalizowanych w latach 2019–2021 w Klinice Pediatrii (50% dziewczynek i 50% chłopców) z rozpoznaniem OZT. W analizie uwzględniono wiek, płeć, obraz kliniczny, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, obserwowane powikłania oraz zastosowane leczenie. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej, z użyciem programu Statistica.

Pośród analizowanych pacjentów wyodrębniono grupę 9/44 (20.5%) dzieci (5/9 - 55,6% dziewczynek, 4/9 - 44,4% chłopców), w wieku od 7 do 17 lat (średni wiek 11,5 lat), u których rozpoznano ciężki przebieg OZT. Średni czas hospitalizacji pacjentów z OZT o ciężkim przebiegu wynosił średnio 20.6 dni ( vs 9,2 p<0.05). Najczęstszą przyczyną OZT o ciężkim przebiegu było zapalenie żółciopochodne oraz idiopatyczne (7/9). Znamienne statystycznie częściej u dzieci z ciężkim przebiegiem zapaleniem trzustki stwierdzono otyłość/ nadwagę (50% vs 17.2%, p<0.05). U dzieci z ciężkim przebiegiem OZT wykazano ponadto znamienne statystycznie wyższe parametry stanu zapalnego przy przyjęciu. Powikłania obserwowano u 5/9 dzieci z ciężkim OZT (55,6%), były to najczęściej: martwica mięszu trzustki (5/9), wewnątrzbrzuszne zbiorniki płynowe (3/9).

Ostre zapalenie trzustki jest jednostką chorobową o ciężkim przebiegu u części chorych również w populacji pediatrycznej. Wydaje się, że otyłość oraz wysokie parametry stanu zapalnego przy przyjęciu są czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu schorzenia.

## **Ciała obce w obrębie przewodu pokarmowego u dzieci hospitalizowanych w Górnślaskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach**

Aleksandra Mroskowiak, Adrianna Doman, Anna Warchał

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Opiekun: dr hab. n. med. Sabina Więcek

Ciała obce w obrębie przewodu pokarmowego są częstą przyczyną hospitalizacji pacjentów pediatrycznych. Wśród połkniętych ciał obcych możemy wyróżnić ciała obce rzekome, które są kęsami pokarmowymi oraz ciała obce prawdziwe.

Celem pracy była retrospektywna analiza obrazu klinicznego, wyników badań laboratoryjnych oraz obrazowych a także ocena powikłań wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu połknięcia ciał obcych w Oddziale Gastroenterologii GCZD, Kliniki Pediatrii w Katowicach w latach 2014–2018.

Pacjenci i Metodyka. Analizą objęto 120 dzieci w wieku od 4 miesięcy do 17 lat (średni wiek 4,4 roku), 61 chłopców (50.8%) oraz 59 dziewczynki (49.2%) hospitalizowanych w Oddziale Gastroenterologii GCZD w Katowicach w latach 2014–2018 z powodu połknięcia ciała obcego. W analizie uwzględniono wiek, płeć, rodzaj połkniętego ciała obcego, objawy kliniczne, powikłania oraz drogę usunięcia ciała obcego.

Najczęściej ciała obce były spożywane przez dzieci w wieku 0–3 lat 72/120 (60%), rzadziej w wieku 4–7 r.ż. 29/120 (24.16%) Wśród połkniętych ciał obcych dominowały baterie (60) oraz monety (22). U pacjentów w wieku powyżej 14 roku życia z aspiracją ciał obcych często obserwowano zaburzenia psychiatryczne. Połknięcie przez dziecko przedmiotu zwykle nie daje objawów, jednak grupie 5 pacjentów zaobserwowano wymioty (4,17%), a u 7 dzieci wystąpiły bóle brzucha i tkliwość w tej okolicy (5,83%) W trakcie wykonanej gastrokopii u 14/120 (11.4%) obserwowano zmiany zapalne w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego, u 15/120 (12.5%) nadżerki/owrzodzenia. Najczęstszymi sposobami ewakuacji ciał obcych z organizmu było samoistne wydalenie – 64 pacjentów (53,33%), natomiast 53 (44,17%) wymagało wyciągnięcia metodami endoskopowymi przy użyciu siatki, koszyczka lub pętli.

Powikłania odległe obserwowano u 3 chorych: u 2 pod postacią rozległych blizn uniemożliwiających prawidłowy pasaż treści pokarmowej, u jednego dziecka perforacji do śródpiersia.

Najczęściej aspirację ciał obcych obserwowano u pacjentów poniżej 3 roku życia i dlatego dzieci w tym przedziale wiekowym wymagają szczególnej uwagi opiekunów. Wydaje się, że programy edukacyjne mogące zapobiec tym zdarzeniom niepożądanym oraz ich powikłaniom są potrzebne.

## **Retrospektywna analiza pacjentów pediatricznych po urazach w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w I kwartale 2021 r.**

Aneta Michalczevska, Mateusz Kopczyński, Joanna Żyła, Kaja Kubiak, Natalia Wierzejska, Tomasz Konieczny

**Warszawski Uniwersytet Medyczny**

**Opiekun: dr n. o zdr. Jan Stachurski**

Urazy stanowią główną przyczynę śmiertelności wśród dzieci powyżej 1 roku życia. Według statystyk ich liczba wciąż wzrasta. Niemal każdego dnia zespoły ratownictwa medycznego oraz pracownicy szpitalnych oddziałów ratunkowych udzielają profesjonalnej pomocy medycznej urazowym pacjentom pediatricznym.

Ilościowa i jakościowa analiza urazów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM w I kwartale 2021 roku wraz z oceną przedszpitalnego leczenia i opieki medycznej.

Dane badawcze obejmują 142 karty medycznych czynności ratunkowych wszystkich pacjentów urazowych przewiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego do szpitalnego oddziału ratunkowego w I kwartale 2021 r. Zebrane materiały zawierają: przyczynę hospitalizacji pacjenta, ocenę urazu, podstawowych funkcji życiowych oraz stan przedszpitalnej opieki medycznej. Materiały te posłużyły do stworzenia bazy danych i analizy statystycznej.

W pierwszym kwartale 2021 r. na Oddział Ratunkowy przyjęto 142 pacjentów urazowych. Większość z nich stanowili chłopcy (61,97%), głównie w wieku 2–5 lat. Za najczęstsze miejsce urazu uznaje się dom (64,08%). Uraz głowy występował we wszystkich grupach wiekowych i stanowił najczęstszą przyczynę wezwania pogotowia ratunkowego (62,7%). Najliczniejszą grupę (81,82%) stanowili pacjenci z minimalnym lub lekkim urazem głowy i 15 punktami na skali GCS. Do pozostałych przyczyn hospitalizacji młodych pacjentów należą: upadki (26,76%), oparzenia (8,45%), urazy podczas uprawiania sportów zimowych (8,45%), wypadki komunikacyjne (2,82%) oraz próby samobójcze (2,11 %). Zaskakującym okazał się fakt, iż jedynie 16,2% pacjentów otrzymało przedszpitalne leczenie przeciwbólowe po urazie. Najwyższy wskaźnik analgezji odnotowano u pacjentów po oparzeniach (50%). Ponadto, 2 małoletnich zostało zakwalifikowanych i objętych specjalistyczną opieką w Centrum Urazowym dla Dzieci.

Wiedza o najczęstszych rodzajach urazów i ich przyczynach może pozwolić zapobiegać wypadkom u dzieci oraz usprawnić przedszpitalną opiekę na oddziałach ratunkowych. Istotne wydaje się także poszukiwanie powodów niskiego wskaźnika leczenia przeciwbólowego wśród urazowych pacjentów.



## WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W PRAKTYCE PEDIATRYCZNEJ -STANY NAGŁE

**NUTRICIA**  
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION



więcej niż LEK

ŚLĄSKA  
IZBA  
LEKARSKA



**LEPOLEK**



EgzaminLEK.pl



medycyna praktyczna

**STANDARDY  
MEDYCZNE**  
pediatria

**ŚWIAT  
I FARMACJI MEDYCYNY**