

# KSIĄŻKA STRESZCZEŃ



XIX KONGRES  
**POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
GASTROENTEROLOGII**

ONLINE | 23-25 WRZEŚNIA 2021



## Transplantacja mikrobioty jelitowej jako alternatywna metoda eradykacji bakterii wieloopornych z przewodu pokarmowego

Hanna Cedro, Beata Stępień-Wrochna,  
prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska

Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem leczenia NChZJ, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

**Wstęp:** W ostatnich latach obserwuje się na świecie rozprzestrzenianie się pałeczek Gram-ujemnych z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających karbapenemazy (CPE). Szczególną rolę odgrywają CPE z mechanizmem metalo- $\beta$ -lactamazy (MBL). Zakażenia te stanowią coraz większe zagrożenie dla zdrowia publicznego, zwiększając ryzyko nieskutecznego leczenia chorób podstawowych oraz przedłużając czas hospitalizacji. W leczeniu zakażenia szpitalnego *Clostridioides difficile* od lat stosuje się z powodzeniem procedurę transplantacji mikrobioty jelitowej (FMT).

**Materiał i metody:** W obecnym doniesieniu przedstawiamy serię przypadków 5 pacjentów hospitalizowanych w szpitalu MSWiA, którym przeszczepiono mikrobiotę jelitową (FMT), wykorzystując metodę eradykacji nosicielstwa bakterii *Klebsiella pneumoniae* (MBL) w przewodzie pokarmowym.

**Wyniki:** U wszystkich pacjentów kolonizacja wieloopornymi bakteriami wystąpiła podczas wielotygodniowej hospitalizacji i stosowania szeroko-spektralnej antybiotykoterapii.

Przeszczepienie mikrobioty jelitowej wykonano przez zgłębnik nosowo-jelitowy po uprzednim oczyszczeniu jelita preparatami wykorzystywanymi do przygotowania do kolonoskopii. U wszystkich 5 pacjentów po FMT uzyskano negatywny wynik wymazu z odbytu w kierunku *Klebsiella pneumoniae* MBL. Skuteczność oceniano 7 dni po FMT. U 5 pacjentów eradykowano *Klebsiella pneumoniae* MBL, u jednego dodatkowo VRE (ang. *vancomycin-resistant enterococcus* – oporny na wankomycynę).

U jednego z pacjentów eradykacja *Klebsiella pneumoniae* MBL była konieczna w ramach kwalifikacji do przeszczepienia płuc z powodu niewydolności oddechowej w przebiegu COVID-19.

Pomimo eradykacji szczepów wieloopornych 2 pacjentów zmarło. Powodem zgonu jednego z nich była niewydolność oddechowa w przebiegu COVID-19, w przypadku drugiego pacjenta uogólniona choroba nowotworowa z punktem wyjścia z pęcherza moczowego.

**Wnioski:** W przedstawionej serii przypadków wykazano po raz pierwszy bezpieczną i skuteczną możliwość eradykacji bakterii wieloopornych z przewodu pokarmowego przy pomocy procedury FMT, co może przyczynić się do zmniejszenia kosztów i czasu hospitalizacji. Potwierdzenie skuteczności tej metody wymaga dalszych randomizowanych badań klinicznych.

## Zakażenie SARS-CoV-2 wśród pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit – doświadczenie ośrodka poznańskiego

lek. Estera Banasik, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Dobrowolska, prof. dr hab. n. med. Piotr Eder

Klinika Gastroenterologii, Chorób Metabolicznych, Wewnętrznych i Dietetyki Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

**Wstęp:** Pacjenci z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (NChZJ) są narażeni na zwiększone ryzyko zakażeń, a leczenie immunosupresyjne może stanowić czynnik ryzyka ciężkiego przebiegu chorób infekcyjnych. Dane w tym zakresie dotyczące zakażenia SARS-CoV-2 są nadal niejednoznaczne.

**Cel pracy:** Ocena zależności między NChZJ a zakażeniem SARS-CoV-2 z uwzględnieniem częstości infekcji w tej grupie chorych, jej wpływu na przebieg NChZJ oraz wpływu choroby jelit i leczenia immunosupresyjnego na rokowanie w COVID-19 w obserwacji jednoośrodkowej.

**Materiał i metody:** Od 1 marca 2020 r. do 31 maja 2021 r. w Klinice Gastroenterologii, Chorób Metabolicznych, Wewnętrznych i Dietetyki Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu prospektywnie gromadzono dane, dotyczące zakażenia SARS-CoV-2 wśród chorych z NChZJ. Posłużono się ankietą, dotyczącą m.in. dotychczasowej charakterystyki klinicznej NChZJ.

**Wyniki:** Spośród 350 pacjentów zakażenie SARS-CoV-2 rozpoznano u 32 (9%) chorych (14 z *Colitis ulcerosa*, 18 z chorobą Leśniowskiego-Crohna). Zakażenie SARS-CoV-2 potwierdzono w badaniu real-time PCR u 27 chorych, badaniu serologicznym u 2, szybkim testem antygenowym u 3.

U 6 chorych (19%) zakażonych SARS-CoV-2 odnotowano ciężki przebieg COVID-19, definiowany jako konieczność hospitalizacji, a u 26 (81%) – łagodny. Nie zaobserwowano istotnych różnic wiekowych. Pacjenci z ciężkim przebiegiem COVID-19 częściej wykazywali cechy ciężkiego zaostrzenia choroby jelita (5/6 – 83% vs. 15/26 – 60%), częściej leczeni byli steroidami (4/6 – 67% vs. 3/26 – 11%), nikt w tej grupie nie był leczony biologicznie (0/6 – 0% vs. 12/26 – 46%). Nie odnotowano w badanej grupie zgonu ani krótkoterminowych powikłań z powodu COVID-19. U 25% zakażeniu SARS-CoV-2 towarzyszyły objawy ze strony przewodu pokarmowego.

**Wnioski:** Nieswoista choroba zapalna jelit nie stanowi czynnika ryzyka zakażenia SARS-CoV-2. Ciężki przebieg COVID-19 w NChZJ mogą wywoływać steroidy dożylnie oraz aktywność kliniczna choroby jelita, ochronny wpływ może mieć terapia biologiczna i remisja choroby podstawowej. Rokowanie z powodu COVID-19 wśród chorych w niniejszej kohorcie było dobre. Zakażenie SARS-CoV-2 jest często przyczyną objawów ze strony przewodu pokarmowego.

## Stężenie glikoproteiny bogatej w histydynę w surowicy u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit

lek. Krzysztof Pręczyk<sup>1,2</sup>, dr n. med. Dorota Cibor<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Danuta Owczarek<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Tomasz Mach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup>Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

**Wstęp:** Glikoproteina bogata w histydynę (HRG – ang. *histidine-rich glycoprotein*) jest produkowanym przez wątrobę białkiem osocza o nie w pełni poznanej funkcji. Wykazano, że ma właściwości przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe i antyfibrynolityczne. Jej stężenie zmniejsza się w ostrych stanach zapalnych, sepsie, przewlekłych chorobach autoimmunologicznych, marskości wątroby czy wielu nowotworach. Brak jest jednak danych o stężeniu osocznego HRG u pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit.

**Cel pracy:** Ocena stężenia osocznego HRG u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (ChLC), wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) oraz w grupie kontrolnej.

**Materiał i metody:** Do badania włączyliśmy prospektywnie 30 pacjentów z ChLC, 20 z WZJG i 22 w grupie kontrolnej. Zebraliśmy dane dotyczące aktywności choroby, lokalizacji zmian, powikłań, leczenia, wyniki badań krwi oraz stężenie HRG w osoczu przy użyciu metod immunoenzymatycznych.

**Wyniki:** Stężenie HRG u pacjentów z ChLC (263,4, SD 120,4 ug/ml) oraz z WZJG (179,9, SD 93,9 ug/ml) było wyższe niż w grupie kontrolnej (99,3, SD 43,6 ug/ml, odpowiednio  $p < 0,001$ ,  $p = 0,002$ ), w grupie ChLC wyższe niż w grupie WZJG ( $p = 0,012$ ). Nie wykazano istotnych różnic w stężeniu glikoproteiny ze względu na płeć, wiek, BMI, nikotynizm, leczenie czy lokalizację zmian. Nie znaleziono również korelacji z aktywnością choroby ani CRP.

**Wnioski:** Wykazaliśmy podwyższone stężenia osocznego HRG u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit w porównaniu z grupą kontrolną, silniej wyrażone w ChLC. Wcześniejsze doniesienia wskazywały na obniżone wartości glikoproteiny u pacjentów z chorobami zapalnymi i autoimmunologicznymi, dlatego nasze wyniki są zaskakujące i wymagają dalszych badań.

## Odmienny wpływ objawów żołądkowo-jelitowych na przebieg COVID-19 – zależność od czasu ich wystąpienia

lek. Konrad Lewandowski<sup>1</sup>, dr n. med. Magdalena Kaniewska<sup>1</sup>, dr n. med. Mariusz Rosołowski<sup>2,3</sup>, lek. Adam Tworek<sup>4</sup>, prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine and Gastroenterology with Inflammatory Bowel Disease Unit, Central Clinical Hospital of the Ministry of the Interior and Administration, Warsaw, Poland

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine and Hypertension, Medical University of Białystok, Białystok, Poland

<sup>3</sup>Department of Hypertension, Gastroenterology and Internal Medicine, Medical University of Białystok, Clinical Hospital, Białystok, Poland

<sup>4</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem leczenia NCHZJ, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa, Poland

**Wstęp:** Objawy żołądkowo-jelitowe (GI) są uznawane za manifestację choroby koronawirusowej 2019 (COVID-19). Obecność materiału genetycznego drugiego koronawirusa ciężkiego ostrego zespołu oddechowego (SARS-CoV-2) w stolcu u części pacjentów, objawy ze strony przewodu pokarmowego oraz zaburzenia mikrobiomu jelitowego mogą odgrywać istotną rolę w określaniu przebiegu tej choroby. Osoby starsze, pacjenci z obniżoną odpornością oraz z innymi chorobami współistniejącymi, takimi jak cukrzyca typu 2 czy choroby sercowo-naczyniowe mają znacznie cięższy przebieg choroby i występuje u nich wyższe ryzyko zgonu. Obecność objawów GI zrodziła pytanie o ich wpływ na przebieg choroby, czynniki ryzyka i związek ze stosowanymi lekami.

**Cel pracy:** Ocena, czy czas wystąpienia objawów GI (przed przyjęciem lub w trakcie hospitalizacji) ma wpływ na przebieg choroby oraz analiza czynników ryzyka wystąpienia tych objawów podczas hospitalizacji.

**Materiał i metody:** Retrospektywna, jednośrodkowa ocena częstości, czynników ryzyka i wpływu objawów ze strony przewodu pokarmowego u 441 pacjentów z COVID-19.

**Wyniki:** Stwierdzono istotną statystycznie redukcję długości pobytu w szpitalu (LOS) (15 dni vs. 17 dni,  $p = 0,04$ ), pobytu na oddziale intensywnej terapii (OIT) (16,9% vs. 26,8%,  $p = 0,02$ ), potrzebę wentylacji mechanicznej (14,1% vs. 23,4%,  $p = 0,02$ ) w grupie, u której przed hospitalizacją wystąpiły objawy żołądkowo-jelitowe. Dla porównania pacjenci, u których objawy ze strony przewodu pokarmowego wystąpiły podczas hospitalizacji, mieli statystycznie istotnie dłuższy LOS (21 dni vs. 15 dni,  $p = 0,0001$ ), częstsze pobytu na OIT (38,1% vs. 18,6%,  $p = 0,0003$ ), większe zapotrzebowanie na wentylację mechaniczną (32,7% vs. 16,2%;  $p < 0,001$ ). Czynniki ryzyka wystąpienia objawów ze strony przewodu pokarmowego podczas hospitalizacji u pacjentów z COVID-19 były: wiek, zakażenie *Clostridioides difficile* (CDI) oraz niektóre leki (antybiotyki i lopinawir + rytonawir).

**Wnioski:** U pacjentów z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, które rozwinęły się przed przyjęciem do szpitala, zaobserwowano lżejszy przebieg

COVID-19. Jednak w grupie pacjentów, u których podczas hospitalizacji rozwijają się objawy żołądkowo-jelitowe, należy zwrócić uwagę na stosowane leki. Podawanie antybiotyków z pewnością powinno być ograniczone ze względu na zmiany w mikrobiomie jelitowym i pogorszenie przebiegu COVID-19.

## Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej oraz witaminy D u pacjentów z nieswoistą chorobą zapalną jelit

dr n.med. i n. o zdr. Edyta Tulewicz-Marti<sup>1</sup>, dr n. o zdr. Tomasz Korcz<sup>1</sup>, dr n. med. Małgorzata Cicha<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

<sup>2</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem leczenia NChZJ, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

**Wstęp:** Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej mogą stanowić zarówno powikłanie, jak również objaw pozajelitowy nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ), do których należą choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG). U tych pacjentów niedobór witaminy D oraz zwiększone występowanie choroby mineralnej kości są częste. Witamina D ma wpływ nie tylko na homeostazę wapnia i metabolizm kości, ale także posiada efekt plejotropowy, spełniając m.in. funkcję immunomodulatora (w szczególności funkcję przeciwzapalną), dlatego nie jest jasne, czy jej niedobór stanowi przyczynę, czy konsekwencję choroby podstawowej.

**Cel pracy:** Określenie epidemiologicznych i klinicznych zmiennych związanych z niedoborem witaminy D oraz gospodarki wapniowo-fosforanowej u pacjentów z NChZJ.

**Materiał i metody:** Badanie miało charakter jednośrodkowy, prospektywny, nie randomizowany. W badaniu uczestniczyło 187 pacjentów z NChZJ (119 z ChLC i 69 z WZJG). Kobiety stanowiły 48% badanych. Oceniano parametry gospodarki wapniowo-fosforanowej we krwi i moczu, poziom witaminy D, parathormonu (PTH), a także biochemiczne markery metabolizmu kości.

**Wyniki:** Niedobór witaminy D stwierdzono u 84,3% pacjentów z ChLC i 75,4% z WZJG. Poziom PTH był podwyższony u 41,9% chorych. Średnie stężenie 25(OH) D wynosiło 20,7 w grupie ChLC oraz 20,05 w WZJG ( $p = 0,618$ ). Średni poziom wapnia wynosił 2,33 w grupie ChLC i 2,34 u WZJG ( $p = 0,353$ ), a fosforu w surowicy odpowiednio 3,43 oraz 3,50 ( $p = 0,421$ ). Stwierdzono istotnie wyższą fosfaturię w grupie ChLC niż w grupie WZJG ( $p = 0,003$ ). Poziom osteokalcyny był statystycznie istotnie wyższy w grupie chorych z ChLC ( $p = 0,029$ ), natomiast stężenie CTX było porównywalne w obu grupach ( $p = 0,266$ ).

**Wnioski:** Niskie stężenie witaminy D oraz zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej są powszechne u pacjentów z NChZJ, szczególnie u chorych z ChLC.

Wskazuje to na konieczność kontroli tych parametrów oraz suplementacji witaminy D.

## Wydajność snu, rytm okołodobowy i jakość życia w zależności od masy ciała

dr n. med. Katarzyna Ciesielczyk<sup>1</sup>, dr n. med. Agata Furgała<sup>1</sup>, dr n. med. Agnieszka Górecka-Mazur<sup>1</sup>, dr n. med. Agnieszka Baranowska<sup>1</sup>, dr n. med. Beata Skowron<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Gil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Patofizjologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup>Zakład Analityki i Biochemii Klinicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Kraków

**Wstęp:** Rytm okołodobowy wpływa na fizjologię, metabolizm oraz stan emocjonalny organizmu. Funkcjonowanie wbrew naturalnej potrzebie snu i czuwania desynchronizuje zegar centralny i zegary obwodowe w wątrobie, mięśniach, tkance tłuszczowej, co jest czynnikiem ryzyka rozwoju zespołu metabolicznego.

**Cel pracy:** Ocena dobowego rytmu snu i czuwania oraz jakości życia zdrowych ochotników w dwóch grupach: osób z prawidłową masą ciała i osób z nadwagą.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięto udział 20 osób (5M, 15K, śr. wieku 38,8 ± 4,5 lat): 12 o prawidłowej masie wagi – BMI 21,9 ± 1,97, i 8 osób z nadwagą – BMI 29,59 ± 4,90.

Przez 24 godz. rejestrowano aktywność dobową z rytmem snu i czuwania za pomocą rejestratora nadgarstkowego – aktygraf MotionWatch 8.

Zastosowano skalę SF-36v2 oceny jakości życia w zakresie wpływu funkcjonowania fizycznego i stanu emocjonalnego na życie codzienne oraz skalę oceny snu Pittsburgh (PSQI) określającą subiektywną jakość i ilość snu.

**Wyniki:** W 24-godzinny badaniu aktygraficznym osób z nadwagą wykazano krótszy całkowity czas snu w porównaniu z osobami z prawidłową masą ciała [min] 492,58 ± 51,32 vs. 406,50 ± 59,99  $p = 0,003$ . U osób z prawidłową masą ciała odnotowano faktyczny czas snu znamienne dłuższy [%] 90,59 ± 3,89 vs. 84,70 ± 7,88,  $p = 0,038$ , a faktyczny czas wybudzenia krótszy [%] 9,35 ± 3,87 vs. 15,18 ± 7,64  $p = 0,036$ , co skutkuje wyższą efektywnością snu 88,84 ± 5,61 vs. 81,58 ± 7,71,  $p = 0,021$ . Latencja snu jest nieznamienne krótsza u osób z prawidłową masą ciała [min] 8,75 ± 12,91 vs. 16,00 ± 20,82.

W skali PSQI oceny jakości i ilości snu brak znamienności 4,08 ± 1,78 vs. 4,75 ± 2,60.

W skali SF-36v2 w sferze fizycznej (PCS) w kategorii funkcjonowania fizycznego (PF), ograniczenia z powodu zdrowia są znamienne większe u osób z nadwagą 29,58 ± 0,51 vs. 28,25 ± 1,83  $p = 0,01$ . W skali w sferze psychicznej (MCS) w kategorii witalności (VT), ograniczenia z powodu problemów emocjonalnych są znamienne większe u pacjentów z nadwagą 14,83 ± 3,10 vs. 12,00 ± 2,98  $p = 0,04$ .

**Wnioski:** Porównanie profilów okołodobowych zdrowych ochotników w ich naturalnych warunkach codziennego funkcjonowania wskazuje, że osoby z nadwagą śpią gorzej i mniej, co koreluje z niższą oceną w wybranych kategoriach jakości życia.

Obiektywna aktygraficzna ocena snu jest rozbieżna z subiektywną oceną skali PSQI u osób z nadwagą i unaocznia nieprawidłową samoocenę wydajności snu, a przez to nierozpoznanie potrzeb organizmu. Zdesynchronizowany rytm jest czynnikiem ryzyka zaburzeń metabolicznych, otyłości i DM2.

### **Analiza przyczyn i rozpoznanie różnicowe niedokrwistości w przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit**

Małgorzata Woźniak<sup>1</sup>, Patrycja Dudek<sup>1</sup>, dr n. med. Marcin Sochał<sup>2</sup>, dr n. med. Anna Borkowska<sup>3</sup>, prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Wojcieszko<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Renata Talar-Wojnarowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny, Łódź

<sup>2</sup>Zakład Medycyny Snu i Zaburzeń Metabolicznych, Uniwersytet Medyczny, Łódź

<sup>3</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź

**Wstęp:** Niedokrwistość jest najczęstszą układową manifestacją nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ). Etiologia niedokrwistości w przebiegu NChZJ jest wieloczynnikowa, a jej diagnostyka różnicowa może stanowić istotny problem kliniczny.

**Cel pracy:** Ocena częstości występowania i typu niedokrwistości u chorych hospitalizowanych z powodu NChZJ oraz przydatności erytroferronu i białka morfogenetycznego kości 6 (BMP6) w diagnostyce różnicowej niedokrwistości u chorych na NChZJ.

**Materiał i metody:** Do badanej grupy włączono 118 chorych na NChZJ: 55 (46,61%) z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) i 63 (53,39%) z chorobą Leśniowskiego-Crohna (ChLC) oraz 30 osób zdrowych (grupa kontrolna). U chorych oznaczono podstawowe parametry hematologiczne oraz dokonano oceny stężenia erytroferronu, BMP6 oraz sTfR i hepcydyny w surowicy krwi.

**Wyniki:** Niedokrwistość stwierdzono u 73 (61,85%) pacjentów: 42 (57,53%) z ChLC vs. 31 (42,47%) z WZJG ( $p = 0,033$ ). W grupie chorych dominowała niedokrwistość w stopniu umiarkowanym (60,27%), zaś w stopniu ciężkim występowała jedynie u 2 (2,74%) chorych na ChLC. Pacjenci z zaostrzeniem choroby i anemią byli dłużej hospitalizowani niż chorzy bez anemii, w ChLC  $6,98 \pm 3,8$  dni vs.  $3,50 \pm 2,51$  dni ( $p = 0,027$ ); a we WZJG  $9,64 \pm 6,0$  dni vs.  $4,0 \pm 2,83$  dni ( $p = 0,015$ ). Najczęściej stwierdzano niedokrwistość normocytarną normochromiczną (42,46%), zwłaszcza u chorych na ChLC oraz niedokrwistość mikrocytarną hipochromiczną, która dominowała u chorych na WZJG (38,71%). W obu jednostkach chorobowych nie zaobserwowano istotnych różnic w poziomie ferrytyny i sTfR, natomiast odnoto-

wano istotnie wyższe stężenie transferryny u chorych z niedokrwistością i WZJG w porównaniu z chorymi na ChLC ( $2,58 \pm 0,90$  g/l vs.  $2,15 \pm 0,82$  g/l,  $p = 0,037$ ). Dodatkowo we WZJG stwierdzono dodatnią korelację stężenia hepcydyny i żelaza ( $p = 0,012$ ), dodatnią korelację stężenia BMP6 i żelaza ( $p = 0,005$ ) oraz istotnie wyższe stężenie erytroferronu w porównaniu z grupą kontrolną ( $0,345 \pm 0,159$  ng/ml vs.  $0,275 \pm 0,160$  ng/ml,  $p = 0,021$ ). U chorych z ChLC i niedokrwistością natomiast nie stwierdzono istotnych różnic w stężeniu hepcydyny i erytroferronu w porównaniu z chorymi bez anemii ( $p = 0,565$ ). U chorych tych obserwowano wyższe stężenie BMP6 w porównaniu z grupą kontrolną ( $0,432 \pm 0,158$  ng/ml vs.  $0,359 \pm 0,072$  ng/ml,  $p = 0,021$ ).

**Wnioski:** Niedokrwistość jest częstą manifestacją układową NChZJ, a nowe analizowane parametry, takie jak BMP6 i erytroferron mogą mieć znaczenie w jej patogeniezie. Zależności te wymagają dalszych badań.

### **Ocena statusu immunologicznego w odniesieniu do wybranych zakażeń wirusowych oraz przestrzegania zasad immunoprofilaktyki chorób infekcyjnych w nieswoistych zapaleniach jelit**

lek. Estera Banasik<sup>1</sup>, dr hab. Magdalena Roszak<sup>2</sup>, prof. dr hab. n. med. Piotr Eder<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Dobrowolska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Gastroenterologii, Chorób Metabolicznych, Wewnętrznych i Dietetyki Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

**Wstęp:** Wiele badań pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit (NZJ) wskazuje na ważną rolę zaburzeń immunologicznych w ich patomechanizmie. Pogłębianie wiedzy lekarzy na temat profilaktyki zakażeń oportunistycznych jest ważne dla poprawy bezpieczeństwa stosowanych terapii.

**Cel pracy:** Wykazanie zasadności oznaczania wybranych badań serologicznych do skriningu zakażeń wirusami HBV i HCV. Ocena korzyści wynikających ze szczepień ochronnych i przestrzegania zasad immunoprofilaktyki przez lekarzy.

**Materiał i metody:** Do analizy włączono pacjentów z rozpoznaniem choroby Leśniowskiego-Crohna ( $n = 56$ ), *Colitis ulcerosa* ( $n = 48$ ) oraz z nieokreśloną postacią NZJ ( $n = 1$ ). Dane uzyskano na podstawie ankiety oraz poprzez oznaczenie statusu serologicznego testem immunochemicznym w kierunku zakażeń HBV i HCV.

**Wyniki:** U wszystkich chorych wywiad w kierunku zakażeń HBV i HCV był ujemny. U pięciu pacjentów stwierdzono dodatnie miano przeciwciał anty-HBc total, u żadnego nie wykazano obecności antygenu Hbs, u jednego stwierdzono dodatnie przeciwciała anty-HCV. Osiemdziesięciu dwóch pacjentów otrzymało szczepienie przeciwko HBV. U 31/82 zaszczepionych chorych

(38%) nie stwierdzono ochronnego miana anty-HBs. Pacjenci w tej grupie byli starsi ( $40 \pm 15$  vs.  $35 \pm 14$  lat;  $p = 0.08$ ). Stosowane leczenie nie miało wpływu na obecność ochronnego miana tych przeciwciał w badanej podgrupie. Pacjenci leczeni lekami anty-TNF- $\alpha$  oraz nieleczeni dotąd chirurgicznie istotnie rzadziej byli szczepieni przeciwko HBV. Odsetek osób zaszczepionych przeciw VZV, pneumokokom, meningokokom oraz corocznie szczepionych przeciw grypie wynosi odpowiednio: 65%, 6%, 5%, 4%. Osoby, które poddały się szczepieniu przeciwko VZV istotnie częściej były informowane o zasadności wykonania szczepienia w momencie rozpoznania choroby. 16/105 (15%) chorych jest informowanych przez prowadzących lekarzy o zasadności immunoprofilaktyki chorób zakaźnych.

**Wnioski:** Ryzyko utajonego zakażenia HBV u osób bez wywiadu w kierunku tego zakażenia jest duże. Konieczne jest zwiększenie świadomości lekarzy, dotyczącej zasadności informowania chorych o możliwościach immunoprofilaktyki chorób zakaźnych, co może przelożyć się na poprawę częstości wdrażania tej profilaktyki. Stosowane leczenie nie ma wpływu na efektywność szczepień przeciw HBV i powinno być rekomendowane wszystkim chorym. U osób zaszczepionych przeciw HBV należy kontrolować miano przeciwciał anty-HBs. Ryzyko braku efektywnego uodpornienia wydaje się zwiększać wraz z wiekiem.

### Mechanizmy neurohumoralne prowadzące do zmniejszonego spożycia pokarmu i masy ciała po elektrostymulacji nerwu błędnego u szczurów na diecie wysokotłuszczowej

dr hab. n. med. Krzysztof Gil, prof. UJ, dr n. med. Magdalena Kurnik-Łucka, dr n. med. Agata Furgała, Anna Gil

Katedra Patofizjologii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

**Wstęp:** Coraz więcej dowodów potwierdza, że stymulacja nerwu błędnego (VNS) wpływa na regulację odżywiania zarówno poprzez mechanizmy krótko-, jak i długoterminowe. Wcześniej wykazaliśmy, że stymulacja impulsami elektrycznymi o wysokiej częstotliwości (10 Hz) zmniejsza przyjmowanie pokarmu i obniża się masa ciała u szczurów.

**Cel pracy:** W niniejszym badaniu zbadaliśmy wpływ przewlekłej VNS na poziom peptydów regulujących apetyt, aktywację neuronów nerwu błędnego, stężenia lipidów w surowicy, zachowania żywieniowe i apetyt u szczurów na diecie wysokotłuszczowej.

**Materiał i metody:** Dorosłym samcom szczurów wszczepiono mikrostimulator (MS) i zastosowano dietę wysokotłuszczową (42 dni, 10 Hz). Lewy nerw błędny był stymulowany podprzeponowo impulsami elektrycznymi generowanymi przez MS. Zmierzono dzienne spożycie pokarmu i masę ciała, a także całkowity poziom chole-

sterolu, triglicerydów, lipoprotein LDL i HDL w surowicy. Zawartość tkanki tłuszczowej oceniano poprzez ważenie depozytów tłuszczowych najądrza (*fat pad*), a fragmenty aorty i wątroby pobierano do rutynowego badania histologicznego. Próbkę ze zwojów guzowatych, jądra odcinka samotnego i jądra łukowatego poddano immunobarwieniu na C-Fos. Stężenia neuropeptydu Y (NPY), sekretyny, glukozo-zależnego peptydu insulinotropowego (GIP), glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1) oraz czynnika uwalniającego kortykotropinę (CRF) oznaczono metodą ELISA.

**Wyniki:** Przewlekła VNS znacznie zmniejszyła spożycie pokarmu, przyrost masy ciała i masę *fat pad* najądrza. VNS obniżyła również całkowity poziom cholesterolu i triglicerydów w surowicy. Ponadto po VNS zmniejszyło się stężenie wątroby. Na skutek stosowania diety wysokotłuszczowej wystąpiły nieznaczne zmiany w ścianie aorty. Stężenia CRF, sekretyny i GIP w surowicy były podwyższone, poziomy NPY spadły, a poziomy GLP-1 pozostały niezmienione po VNS. Liczba neuronów C-Fos-dodatnich w zwojach guzowatych, jądrze odcinka samotnego i jądrze łukowatym była podwyższona w grupie VNS.

**Wnioski:** Wyniki badania wskazują, że przewlekły elektryczny VNS wywiera anoreksogenny wpływ na przyjmowanie pokarmu i przyrost masy ciała, zmniejszając gromadzenie się tkanki tłuszczowej i obniżając stężenie lipidów we krwi, a zatem może być potencjalnie użyteczny w leczeniu otyłości wywołanej dietą. Liczne peptydy związane z apetytem, wpływające na obwody regulacyjne związane z procesami metabolicznymi mogą przyczyniać się do tych efektów.

### Wpływ pandemii SARS-COV-2 na liczbę wykonywanych kolonoskopii i rozpoznawanie nieswoistych chorób zapalnych jelit

Kinga Górzyńska<sup>1</sup>, lek. Patrycja Dudek<sup>1</sup>, lek. Hubert Zatorski<sup>1,2</sup>, prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Wojcieszko<sup>1</sup>, dr hab. n. med. Renata Talar-Wojnarowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny, Łódź  
<sup>2</sup>Zakład Biochemii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny, Łódź

**Wstęp:** Pandemia SARS-CoV-2 znacząco ograniczyła dostępność pacjentów do opieki zdrowotnej na całym świecie. Strach chorych przed ryzykiem kontaktu z pracownikami ochrony zdrowia oraz mniejsza liczba wykonanych badań endoskopowych mogła mieć wpływ zarówno na częstość nowych rozpoznań nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ), jak i na ich stopień zaostżenia w chwili rozpoznania.

**Cel pracy:** Porównanie ilości wykonanych kolonoskopii w latach 2019–2020 z odsetkiem nowych rozpoznań NChZJ, ich stopnia zaawansowania oraz występowania powikłań.

**Materiał i metody:** Dokonano retrospektywnej analizy kolonoskopii z lat 2019–2020. Porównano liczbę kolono-

skopii wykonanych u chorych na NChZJ, w tym chorobę Leśniowskiego-Crohna (ChLC) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG), przeanalizowano częstość występowania nowo wykrytych NChZJ, zaawansowanie choroby oraz występowanie zwężeń przewodu pokarmowego.

**Wyniki:** W 2020 r. wykonano 604 kolonoskopie, o 38% mniej w porównaniu z 2019 r., kiedy wykonano 975 badań. Ponadto, mniejsza liczba chorych z NChZJ miała wykonaną kolonoskopię w 2020 r. (87/604, w tym 61/87 z WZJG i 26/87 z ChLC) w porównaniu z 2019 r. (117/975, w tym 78/117 z WZJG oraz 39/117 z ChLC). Co więcej, w 2020 r. jedynie u 48 chorych postawiono nowe rozpoznanie NChZJ, w porównaniu z 85 chorymi w 2019 r. Zwężenia przewodu pokarmowego w przebiegu NChZJ wykryto u porównywalnej liczby chorych: w 2019 r. u 11,9% (14/117), a w 2020 r. u 10,3% (9/87) pacjentów. Zwężenia najczęściej zlokalizowane były w okolicy krętniczko-kątniczej (30,43%), następnie w esicy (21,74%), w odbytnicy i odbycie (17,39%), w obrębie zespołów po zabiegach operacyjnych (8,70%), w zagięciu wątrobowym (8,70%), we wstępnicy (4,35%), w poprzecznicy (4,35%) oraz w zagięciu śledzionowym (4,35%). Nie wykazano różnic w zakresie wieku i płci badanych chorych, zaawansowania NChZJ oraz częstości występowania zwężeń przewodu pokarmowego w analizowanych grupach chorych.

**Wnioski:** Pandemia SARS-CoV-2 doprowadziła do istotnego zmniejszenia liczby wykonywanych kolonoskopii. Prawie dwukrotnie mniej chorych miało w 2020 r. nowo wykryte NChZJ, zarówno ChLC, jak i WZJG, co jest prawdopodobnie również wtórnym skutkiem pandemii.

## Nanobiome – polski mikrobiom jelitowy

Marta Halke, dr n. med. Michał Kaszuba, dr n. med. Grzegorz Nowicki, dr n. med. Natalia Drwęska-Matelska, dr n. med. Maciej Sykulis, dr n. med. Łukasz Krych, mgr Julia Herman-Iżycka, Krzysztof Szubiczuk, mgr Jakub Grabowski

genXone SA

**Wstęp:** Liczne badania potwierdzają związki między mikrobiotą jelitową a stanem zdrowia, nie tylko układu trawiennego. Jednak mikrobiota wykazuje się ogromną zmiennością w zależności od wielu czynników, takich jak dieta i przyjmowane leki, wiek, miejsce zamieszkania. Zatem aby dokonać rozróżnienia pomiędzy patologicznymi zmianami mikrobioty, a jej zwykłą różnorodnością, trzeba odpowiedzieć na pytanie, jak wygląda mikrobiota zdrowego człowieka?

**Cel pracy:** Dążąc do uzyskania możliwie kompletnej informacji dotyczącej składu "zdrowej" mikrobioty człowieka, spółka genXone uruchomiła projekt NANOBIOME, którego celem jest budowa referencyjnej bazy zdrowego mikrobiomu jelitowego, pozwalającej określić zmienność i różnorodność typowych mikrobiomów jako odniesienie do badań związków między jednostkami chorobowymi, a zmianami w mikrobiomie.

**Materiał i metody:** W ramach projektu zebrano próbki kału od kilkuset zdrowych ochotników z Polski, które poddano sekwencjonowaniu całogenomowemu, korzystając z nowoczesnej technologii długich odczytów Nanopore. Jej zastosowanie pozwala na precyzyjne określenie ilościowego składu mikrobioty, gdyż nie wymaga powielania materiału DNA. Uczestnicy projektu uzupełnili szczegółowe kwestionariusze dotyczące ich stylu życia, diety, samopoczucia, a także doskwierających im dolegliwości gastrycznych. Uzyskane odpowiedzi zestawiono ze składami, co pozwoliło na znalezienie korelacji pomiędzy występowaniem niektórych grup bakterii, a dietą i samopoczuciem.

**Wyniki:** Pod względem zawartości grup taksonomicznych charakterystycznych dla mikrobiomu jelitowego, polskie mikrobiomy są zbliżone do mikrobiomów innych społeczeństw zachodnich. Przeważają bakterie należące do typów Bacteroidetes oraz Firmicutes w różnych proporcjach, znajdujemy też bakterie typów *Verrucomicrobia*, *Proteobacteria* i *Actinobacteria*. U większości badanych dominowały bakterie z rodzaju *Bacteroides* nad bakteriami *Prevotella*, co oznacza, że można by zakwalifikować je do tego enterotypu.

Obserwowane zróżnicowanie profili mikrobioty jest jednak większe, dlatego wyróżniliśmy więcej podtypów.

**Wnioski:** W ramach projektu NANOBIOME stworzyliśmy szeroką bazę przykładów mikrobiomu osób zdrowych zamieszkujących w Polsce, która pozwala porównać mikrobiom nowych pacjentów z różnorodnymi przykładami mikrobiomów osób zdrowych. Mamy nadzieję, że baza ta nie tylko ułatwi diagnostykę patologicznych stanów mikrobioty, ale także określi rolę mikrobioty we wchłanianiu substancji odżywczych czy powstawaniu stanów chorobowych.

## Postępy w diagnostyce i leczeniu raka kanału odbytu – doświadczenia własne w kontekście danych z piśmiennictwa

Monika Gigłok<sup>1</sup>, Agnieszka Mazurek<sup>2</sup>, Ewa Matusecka<sup>2</sup>, Rafał Suwiński<sup>1</sup>

<sup>1</sup>II Klinika Radioterapii i Chemioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, oddział w Gliwicach

<sup>2</sup>Centrum Badań Translacyjnych i Biologii Molekularnej Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, oddział w Gliwicach

**Wstęp:** W diagnostyce i leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka kanału odbytu istnieją od lat uznane metody postępowania, a ich modyfikacje służą poprawie skuteczności i tolerancji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

**Cel pracy:** Przedstawienie trendów w diagnostyce i leczeniu raka kanału odbytu na podstawie doświadczeń własnych oraz danych z piśmiennictwa.

**Materiał i metody:** Analizą retrospektywną objęto pacjentów leczonych radykalnie z powodu raka płasko-



nabłonkowego kanału odbytu w naszej instytucji od 2016 r., a zgromadzony materiał zestawiono z danymi z piśmiennictwa. Uwzględniono w szczególności obserwacje dotyczące zakażenia wirusami z grupy HPV (*human papillomavirus*) oraz przebiegu i skuteczności leczenia skojarzonego (radiochemioterapia) z udziałem radioterapii z użyciem techniki SIB-IMRT (ang. *simultaneous-integrated boost intensity-modulated radiation therapy*).

**Wyniki:** Dążenie do coraz wcześniejszego rozpoznania nowotworu pierwotnego oraz zdiagnozowania ewentualnego nawrotu stanowi impuls do poszukiwania nowych metod diagnostycznych, jak najmniej obciążających dla pacjenta. W terapii natomiast zastosowanie nowoczesnych technik planowania leczenia promieniami pozwala na precyzyjne przygotowanie i przeprowadzenia radioterapii, zmniejszając równocześnie ryzyko niepowodzenia oraz powikłań.

**Wnioski:** Nieustanny rozwój technik diagnostycznych i leczenia umożliwiają coraz efektywniejsze i bezpieczniejsze postępowanie u pacjentów z rozpoznaniem raka płaskonabłonkowego kanału odbytu.

### Wzorce diagnostyczne i terapeutyczne w niealkoholowej stłuszczeniowej chorobie wątroby w Polsce – badanie w warunkach rzeczywistej praktyki klinicznej

prof. dr hab. n. med. Marek Hartleb<sup>1</sup>, dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. nadzw.<sup>2</sup>, dr n. med. Beata Cywińska-Durczak<sup>3</sup>, dr n. med. Branko Popovic<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

<sup>3</sup>Consumer Health Care Medical Affairs, Sanofi-Aventis, Warszawa

<sup>4</sup>Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Frankfurt am Main, Niemcy

**Wstęp:** Świadomość istnienia i konsekwencji niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby (NAFLD) jest niewystarczająca.

**Cel pracy:** Ocena badań diagnostycznych, najczęstszych objawów podmiotowych, chorób współistniejących oraz metod leczenia farmakologicznego/niefarmakologicznego na podstawie informacji uzyskanych od grupy gastroenterologów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

**Materiał i metody:** RESTORE jest obserwacyjnym, retrospektywnym badaniem prowadzonym w warunkach ambulatoryjnej praktyki klinicznej. Gastroenterolodzy/lekarze POZ z przynajmniej 3-letnim doświadczeniem wypełniali ankiety internetowe.

**Wyniki:** Doświadczenie lekarzy wynosiło średnio 14,2 roku (u 95 gastroenterologów) i 22,6 roku (u 115 lekarzy POZ). Średnia miesięczna liczba/odsetka pacjentów z nieprawidłowymi wynikami badań oceniających wątrobę przypadająca na jednego lekarza wynosiła 36/13% (gastroenterolodzy) i 51/6% (lekarze POZ). Około 50%

stanowili pacjenci z NAFLD. Profile pacjentów z NAFLD: mężczyźni/kobiety 50/50 (gastroenterolodzy), 54/46 (lekarze POZ). Pacjenci z NAFLD ( $n = 380$ ) według dokumentacji zgłaszali: brak aktywności fizycznej (83%), dietę o dużej zawartości tłuszczu (80%) i palenie tytoniu (33%). Gastroenterolodzy stosowali inne techniki badań obrazowych i szerszy zakres badań laboratoryjnych niż lekarze POZ. Gastroenterolodzy zaobserwowali objawy mniej oczywiste (senność, uczucie zmęczenia, brak energii i nieprawidłowości wyników badań) niż lekarze POZ (ból brzucha, niestrawność). Choroby współistniejące z NAFLD były podobne w odpowiedziach gastroenterologów i lekarzy POZ. Typowymi interwencjami według gastroenterologów/lekarzy POZ były zmiany diety/stylu życia, którym często towarzyszyło leczenie farmakologiczne. Kluczowymi kryteriami wyboru leczenia wspomagającego były: skuteczność, poprawa jakości życia i tolerancja. Oprócz niezbędnych fosfolipidów stosowanych u 37/34% pacjentów przez gastroenterologów/lekarzy POZ, często używano także jeden suplement diety zawierający L-ornitynę, L-asparaginian i cholinę (13/18%) oraz 3 leki: wyciąg suchy z owoców ostropestu plamistego (22/12%), kwas ursodeoksycholowy (27/17%) i kwas tiazolidynokarboksylowy (25/34%).

**Wnioski:** NAFLD nie jest chorobą bezobjawową, pacjenci zgłaszali kilka mało swoistych dla wątroby objawów. Gastroenterolodzy wykazują tendencję do zlecenia większej liczby badań diagnostycznych niż lekarze POZ. U pacjentów z NAFLD obserwuje się wiele chorób z obszaru zespołu metabolicznego.

### Ocena przydatności oznaczania stężenia kalprotektyny w ślinie w celu określenia aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna

lek. Krzysztof Pręcuk<sup>1,2</sup>, dr n. med. Dorota Cibor<sup>1</sup>, dr hab. n. med. Katarzyna Szczeklik<sup>3</sup>, prof. dr hab. n. med. Danuta Owczarek<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Tomasz Mach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup>Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>3</sup>Instytut Stomatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

**Wstęp:** Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC) zaliczana jest do nieswoistych zapaleń jelit i może obejmować cały przewód pokarmowy, w tym jamę ustną. Pomiar biomarkerów w ślinie wydaje się możliwą alternatywą dla inwazyjnych i czasochłonnych metod monitorowania aktywności choroby.

**Cel pracy:** Ocena stężenia kalprotektyny w ślinie u pacjentów z aktywną i nieaktywną ChLC.

**Materiał i metody:** Osiemdziesięciu dwóch pacjentów z rozpoznaną ChLC (62 z aktywną ChLC [CDAI – ang. *Crohn's disease activity index*,  $\geq 150$ pkt], 20 z nieaktywną ChLC [CDAI < 150 pkt]) zostało prospektywnie włączonych do badania. Zebrano dane dotyczące ak-

tywności choroby, lokalizacji zmian, powikłań, leczenia, wyniki badań krwi oraz stężenie kalprotektyny w ślinie przy użyciu metod immunoenzymatycznych.

**Wyniki:** Stężenie kalprotektyny w ślinie nie różniło się między pacjentami z aktywną i nieaktywną ChLC ( $1261,54 \pm 316,31$  vs.  $1271,92 \pm 287,92$  ng/ml,  $p = 0,897$ ). Nie wykazano również istotnych różnic ze względu na płeć, nikotynizm, powikłania, przebyte zabiegi operacyjne, lokalizację choroby czy stosowane leczenie. Nie znaleziono korelacji między stężeniem kalprotektyny w ślinie, a stężeniem w surowicy CRP ( $p = 0,286$ ), CDAI ( $p = 0,917$ ) i BMI ( $p = 0,223$ ).

**Wnioski:** Wyniki badania nie wskazują na użyteczność oznaczania kalprotektyny w ślinie jako potencjalnego biomarkera aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna, jednak dalsze badania są potrzebne.

### Choroba uchyłkowa w aspekcie klinicznym i żywieniowym

dr n. med Grażyna Piotrowicz, mgr Beata Osowska,  
dr n. med. Agata Rud

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA, Gdańsk

**Wstęp:** Uchyłkowatość jest stanem anatomicznym, którego częstość występowania wzrasta z wiekiem i stanowi najczęstsze nienowotworowe rozpoznanie podczas kolonoskopii przesiewowej oraz znacznie obciąża system opieki zdrowotnej

**Cel pracy:** Ocena częstości występowania uchyłków wśród osób, u których wykonywano badanie kolonoskopowe z powodu zgłaszanych dolegliwości brzusznych, ocena częstości występowania w grupie badanej objawowej i bezobjawowej, analiza sposobu odżywiania, które potencjalnie może mieć wpływ na rodzaj dolegliwości.

**Materiał i metody:** Analizie poddano 946 diagnostycznych badań kolonoskopowych.

W przypadku 331 badań endoskopowych zdiagnozowano uchyłkowatość. Pacjenci z wyselekcjonowanej grupy zostali przebadani z użyciem kwestionariusza Wywiad żywieniowy 24 godz. oraz Formularza FFQ-6, oceniającego częstotliwość spożycia danych grup produktów.

**Wyniki:** Najczęściej występującą grupą wśród klasyfikowanych z uchyłkowatością okazała się grupa objawowa, ale niepowikłana – SUDD, występująca z podobną częstotliwością u obu płci.

Najwięcej spożywanego materiału energetycznego z tłuszczu przy najmniejszej ilości spożywanych węglowodanów prezentowała grupa pacjentów z SUDD i z towarzyszącymi objawami IBS. Uwagę zwraca nadmierne spożycie witamin z grupy B. Jedynie w przypadku SCAD stwierdzano mniejsze o prawie 1/3 spożycie witaminy E. Zwraca uwagę również niedostateczne spożycie Ca, ale i K, Mg i Zn, przy przekroczonej normie spożywanego Na i P, co niewątpliwie ma wpływ na motorykę jelit.

We wszystkich grupach stwierdzono zmniejszoną w diecie podaż błonnika o co najmniej 30%, jednocześnie

znaczoną podaż tłuszczów nasyconych (2–2,5 razy przekraczającą normę), a w grupie SCAD zwraca uwagę dodatkowo niekorzystny stosunek N3 : N6, co sprzyja rozwojowi stanu zapalnego w jelicie.

Stastycznie więcej tłuszczu spożywały osoby z dolegliwościami typu SUDD z IBS aniżeli SUDD. Szczególnie duże spożycie witaminy B2 prezentowała grupa z SUDD.

**Wnioski:** Czynniki dyskryminacyjnymi prowadzącymi do rozwoju choroby uchyłkowej może być biało, głównie pochodzenia zwierzęcego, tłuszcz, cholesterol, mikroelementy, jak i niedobór Zn oraz nadmiar Na czy nadmierne spożywanie witamin z grupy B.

### Ocena ryzyka zmniejszonej gęstości mineralnej kości u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna w zależności od stężenia wapnia i 25-hydroksywitaminy D w surowicy krwi

lek. Iga Gromny, prof. dr hab. n. med. Elżbieta Poniewierka

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. J. Mikulicza-Radeckiego, Wrocław

**Wstęp:** Jedną z manifestacji choroby Leśniowskiego-Crohna (CHLC) są objawy pozajelitowe w postaci zmniejszonej gęstości mineralnej kości (BMD).

**Cel pracy:** Ocena częstości występowania zmniejszonej BMD u pacjentów z CHLC, stopnia niedoboru wapnia i witaminy D.

**Materiał i metody:** Do badania włączono 41 pacjentów z CHLC (21 kobiet i 20 mężczyzn, 18–45 lat), grupa kontrolna stanowiła 20 osób zdrowych. Użyto 3 autorskie kwestionariusze, gromadzące dane demograficzne, analizę żywieniową, informacje dotyczące przebiegu CHLC, leczenia, suplementacji witaminy D/wapnia, czasu ekspozycji na słońce. CHLC oceniano na podstawie indeksu aktywności CHLC (CDAI). W obu grupach oznaczono stężenie wapnia całkowitego oraz 25-hydroksywitaminy D (25OHD) we krwi. W grupie kontrolnej i u 27 pacjentów z CHLC wykonano badanie densytometryczne kości w lokalizacji odcinka lędźwiowego kręgosłupa (L1–L4) oraz całego ciała.

**Wyniki:** U pacjentów z CHLC średnie stężenie 25OHD we krwi wyniosło 20,3 ng/ml. Jej niedobór lub niedostateczne stężenie stwierdzono odpowiednio u 52 i 38% chorych. W grupie badanej stężenie 25OHD we krwi było wyższe ( $p = 0,0039$ ). Pacjenci z CHLC częściej suplementowali witaminę D ( $p = 0,0027$ ). Średnie stężenie wapnia całkowitego u pacjentów z CHLC było wyższe niż w grupie kontrolnej ( $p = 0,00076$ ). Ujawniono ujemną korelację pomiędzy stężeniem wapnia całkowitego a CDAI u pacjentów z CHLC ( $R = -0,47$ ,  $p = 0,00367$ ). Nie potwierdzono statystycznie istotnych różnic w zakresie spożycia pokarmów bogatych w wapń i witaminę D oraz ekspozycji na światło słoneczne. 92,6% pacjentów z CHLC miało wykonywane badanie densytometryczne kości po raz pierwszy. Żaden z badanych z obu grup nie

spełniał kryteriów rozpoznania osteoporozy. Pacjenci z CHLC mieli nieco niższe wartości wskaźnika T-score w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, ale bez istotności statystycznej ( $p = 0,0914$ ). U pacjentów z CHLC suplementujących witaminę D notowano niższe wartości T-score i Z-score w obu badanych lokalizacjach ( $p = 0,0482$ ,  $p = 0,0427$ ,  $p = 0,00275$ ,  $p = 0,00154$ ). U chorych z CHLC przyjmujących leki immunosupresyjne uzyskano niższe wartości T-score i Z-score w zakresie całego ciała ( $p = 0,0332$ ,  $p = 0,0255$ ).

**Wnioski:** Uzyskane wyniki badań u chorych z CHLC (wyższe stężenia 25OHD, wapnia całkowitego, częstsza suplementacja preparatów witaminy D) mogą pośrednio wskazywać na właściwy nadzór i przestrzeganie zaleceń przez lekarzy i pacjentów z CHLC. Konieczna jest realizacja zaleceń dotyczących diagnostyki i profilaktyki osteoporozy u pacjentów z CHLC.

### Popularność niekonwencjonalnych metod leczenia wśród pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit

Michał Kubiak<sup>1</sup>, Julia Jaszak<sup>1</sup>, dr n. med. Maria Wiśniewska-Jarosińska<sup>2</sup>, dr hab. n. med. Anita Gąsiorowska, prof. nadzw.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Medyczny, Łódź

<sup>2</sup>Klinika Gastroenterologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź

**Wstęp:** Literatura przedmiotu pokazuje trend wzrostowy popularności metod CAM (ang. *complementary and alternative medicine*) wśród pacjentów, a informacja o ich stosowaniu wydaje się istotna przy prowadzeniu terapii NChZJ.

**Cel pracy:** Badanie popularności wybranych substancji zaliczanych do metod alternatywnych i uzupełniających oraz ich stosowania wśród pacjentów chorujących na NChZJ.

**Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono za pomocą anonimowej ankiety w arkuszu Google, którą rozpoznano na internetowych grupach zrzeszających pacjentów z NChZJ w terminie 15 maja – 15 września 2020 r. Arkusz zawierał 50 pytań jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru.

**Wyniki:** W ankiecie wzięło udział 96 pacjentów, 74% stanowiły kobiety. 89,5% to osoby w wieku 19–50 lat. U 53,1% pacjentów rozpoznano ChLC, u 40,6% WZJG, zaś 6,3% – niesklasyfikowane ZJ.

84,4% ankietowanych zadeklarowało, że znane im są wymienione w ankiecie substancje (szczególnie CBD – 66,7%), a 41,7% ( $n = 40$ ) przyznało, że stosowało lub stosuje przynajmniej jedną wymienioną metodę alternatywną bądź uzupełniającą (szczególnie preparaty ziołowe, kurkuminę i CBD). Większość spośród tych pacjentów czerpie informacje na temat stosowania ww. metod ze źródeł internetowych. 62,5% ( $n = 25$ ) z tej grupy deklaruje związane z terapią zmiany w przebiegu choroby podstawowej, z czego 96% uważa je za ko-

rzystne, a tylko 4% za niekorzystne. Wśród korzystnych efektów dominowała poprawa ogólnego samopoczucia (76%,  $n = 19$ ). Większość (80%,  $n = 32$ ) łączy terapię standardową z terapią alternatywną, a w przypadku 55% ankietowanych lekarz prowadzący został poinformowany o terapii. 77,5% stosujących poleciłoby te metody innemu pacjentowi z NChZJ.

**Wnioski:** Wyniki ankiety pokazały, że większość badanych słyszała o wspomnianych w ankiecie terapiach alternatywnych, a prawie 41,7% stosowało je lub wciąż stosuje. Substancje te zazwyczaj nie podlegają rejestracji, nie są badane – nieznanym jest ich wpływ na przebieg choroby podstawowej czy interakcje z lekami i/lub pokarmami. 96% ( $n = 24$ ) badanych wiąże kliniczną poprawę swojego stanu z zastosowaniem CAM. Aż 44% nie informuje lekarza prowadzącego o przyjmowaniu substancjach niekonwencjonalnych. Powyższa informacja implikuje konieczność rozszerzania wiedzy i świadomości lekarzy na temat różnorodności substancji stosowanych przez pacjentów oraz uwzględnienia pytań o CAM w badaniu podmiotowym.

### Wpływ aktywności fizycznej na objawy zespołu jelita nadwrażliwego

mgr Ewa Szura<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Elżbieta Poniewierka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Nysa

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

**Wstęp:** Gwałtowna urbanizacja i nieustanny postęp techniczny przyczyniają się do zmiany stylu życia. Brak czasu wolnego i niechęć do podejmowania aktywności fizycznej mogą prowadzić do upośledzenia pracy narządów wewnętrznych i układów, w tym układu trawiennego.

**Cel pracy:** Wpływ aktywności fizycznej na objawy oraz jakość życia pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego.

**Materiał i metody:** Do badania zakwalifikowano 41 kobiet z rozpoznaniem zespołem jelita nadwrażliwego. Do oceny skuteczności zastosowanej metody użyto zwalidowanych kwestionariuszy IBS-SSS (ang. *irritable bowel syndrom-severity scoring system*) oraz IBS-QOL (ang. *irritable bowel syndrom-quality of life*). W badaniu wykorzystano autorski program treningowy bazujący na podstawowych krokach wykorzystywanych w lekcji fitness, pozycje jogi poprawiające motorykę jelit oraz treningi relaksacyjne: autogenny Schultza i Jacobsona. Cały cykl treningowy, zgodny z założeniami badania, ukończyło 29 kobiet. Analizy uzyskanych wyników badań dokonano za pomocą programu Statistica. Wykorzystano następujące metody: test t dla prób zależnych, test kolejności par Wilcoxon, test McNemara oraz współczynnik korelacji rang Spermmana.

**Wyniki:** Wykazano, że blisko 80% badanych osób odczuwała ból w obrębie jamy brzusznej przed udziałem

w badaniu. Cykl treningów spowodował występowanie bólu u 52% badanych kobiet. Natężenie bólu u badanych spadło o 20%. Po badaniu częstość występowania wzdęcia obniżyła się o 38%, a nasilenie wzdęcia o 30%. Jakość życia poprawiła się o 12,5%. Powyższe wyniki były istotne statystycznie.

**Wnioski:** Potwierdzono zależność pomiędzy aktywnością fizyczną a nasileniem objawów zespołu nadwrażliwego jelita oraz jakością życia badanych kobiet. W badanej grupie kobiet wykazano zmniejszenie dolegliwości związanych z IBS po 8 tygodniowym treningu. Wykazano istotną statystycznie korelację pomiędzy stopniem nasilenia objawów IBS a jakością życia.

## Wczesne czynniki prognostyczne uszkodzenia wątroby u chorych żywionych pozajelitowo

Marta Żalikowska-Gardocka<sup>1</sup>,  
dr hab. n. med. Adam Przybytkowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

<sup>2</sup>Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

**Wstęp:** Żywienie pozajelitowe jest ważnym elementem uzupełniającym leczenie chorych, u których przewód pokarmowy jest niezdolny do przyswajania substancji odżywczych. Często jednak występują powikłania. Choroba wątroby związana z żywieniem pozajelitowym (PNALD) rozpoznawana jest po 2 tygodniach żywienia pozajelitowego (PN), jednak objawy przedmiotowe i podmiotowe mogą pojawić się na wczesnym etapie żywienia i można je przewidzieć na podstawie powszechnie dostępnych badań laboratoryjnych.

**Cel pracy:** Określenie wczesnych czynników prognostycznych uszkodzenia wątroby wtórnego do żywienia pozajelitowego.

**Materiał i metody:** Do przekrojowego badania retrospektywnego włączono 160 pacjentów żywionych pozajelitowo (72 kobiety – 45%, i 88 mężczyzn – 55%). Przeanalizowano dane kliniczne i wyniki badań laboratoryjnych zebrane w trakcie PN uzyskane z dostępnej dokumentacji papierowej i elektronicznej. Na podstawie definicji PNALD i dominujących odchyłeń w wynikach badań funkcji wątroby u pacjentów rozpoznano cholestazy, miąższowe i mieszane zapalenie wątroby. Oceny dokonano przed zachorowaniem, w 7. i 14. dniu PN.

**Wyniki:** Dwudziestu jeden pacjentów spełniło kryteria laboratoryjne PNALD w 14. dniu PN. W grupie pacjentów z rozpoznaniem PNALD 14 pacjentów spełniało kryteria laboratoryjne PNALD w 7. dniu PN, a 12 z nich spełniało kryteria PNALD w 2. dniu PN. 1,5-krotny wzrost aktywności GGTP powyżej górnej granicy normy był najistotniejszym odchyleniem spośród ocenianych parametrów funkcji wątroby w trakcie 14 dni PN. Odsetek pacjentów z 1,5-krotnie zwiększoną aktywnością GGTP wahał się w czasie od

76,2% do 95,2%, odpowiednio w 2. i 14. dobie PN. W analizie wieloczynnikowej zabieg chirurgiczny poprzedzający żywienie (OR = 0,067, 95% CI: 2,627–119,764,  $p = 0,005$ ) oraz spełnione laboratoryjne kryteria PNALD w 7. dobie PN (OR = 5,637, 95% CI: 1,162–33,578,  $p = 0,039$ ) okazały się czynnikami o największej wartości predykcyjnej wystąpienia PNALD w 14 dniu PN.

**Wnioski:** Chorobę wątroby związaną z żywieniem pozajelitowym można przewidzieć na podstawie monitorowania czynności wątroby nawet po 7 dniach żywienia pozajelitowego.

## Zależność między stężeniem krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych w kale a dietą, wiekiem, wskaźnikiem masy ciała oraz aktywnością choroby u pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit

lek. Olga Kaczmarczyk<sup>1</sup>, mgr Agnieszka Dąbek-Drobny<sup>2</sup>,  
dr hab. n. med. Michał Woźniakiewicz, prof. UJ<sup>3</sup>, dr hab. Paweł Paśko<sup>4</sup>, dr n. med. Justyna Dobrowolska-Iwanek<sup>4</sup>, dr n. med. Aneta Woźniakiewicz<sup>3</sup>, dr n. med. Agnieszka Piątek-Guziewicz<sup>1</sup>, dr hab. n. med. Paweł Zagrodzki, prof. UJ<sup>4</sup>,  
prof. dr hab. n. med. Tomasz Mach<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Zwolińska-Wcisło<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Katedra Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup>Zakład Dietetyki Klinicznej, Katedra Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>3</sup>Zakład Chemii Analitycznej, Wydział Chemii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>4</sup>Zakład Bromatologii, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

**Wstęp:** Nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ) wiążą się z dysbiozą oraz zmniejszeniem liczby bakterii produkujących krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (KKT). W efekcie obserwuje się zaburzenie produkcji KKT, co może nasilać stan zapalny jelit u chorych na NChZJ. Wydaje się, że zmiana profilu KKT może być związana z wiekiem, zaburzeniem masy ciała oraz stosowaną dietą.

**Cel pracy:** Ustalenie, czy istnieje zależność pomiędzy stężeniem KKT w kale, a rodzajem i aktywnością NChZJ, wskaźnikiem masy ciała (BMI), wiekiem pacjenta oraz częstością spożycia błonnika pokarmowego.

**Materiał i metod:** Badanie obejmowało grupę 77 pacjentów, w tym 43 pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) (mediana: wieku 32, BMI 21,6 kg/m<sup>2</sup>), 18 pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna (ChLC) (mediana: wieku 30, BMI 20,2 kg/m<sup>2</sup>) oraz 16 osób stanowiących grupę kontrolną (mediana: wieku 23,5, BMI 21,6 kg/m<sup>2</sup>). Uczestnicy badania wypełnili autorski kwestionariusz żywieniowy. W stolcu pacjentów oznaczono stężenia kwasów organicznych metodą elektroforezy kapilarnej z detekcją spektrofotometryczną. Aktywność choroby oceniono odpowiednio według kryteriów Kliniki Mayo (WZJG) lub wskaźnikiem aktywności ChLC (CDAI).

**Wyniki:** W badanej grupie dokonano identyfikacji i oznaczenia następujących kwasów organicznych w kale (od

najwyższego stężenia): octowego, mlekowego, bursztynowego, propionowego, masłowego, izowalerianowego, izomasłowego i walerianowego. W kale osób z niedowagą zaobserwowano niższe stężenie kwasu masłowego, izowalerianowego oraz propionowego. Wszystkie osoby z BMI < 18,5 kg/m<sup>2</sup> stosowały dietę z ograniczeniem spożycia błonnika pokarmowego. W kale osób z BMI > 25 kg/m<sup>2</sup> zaobserwowano wyższe stężenie kwasu izomasłowego. Większa szansa wystąpienia wyższych stężeń kwasu walerianowego występowała u osób z grupy kontrolnej niż u chorych z NChZJ. Młodsze osoby częściej stosowały dietę podstawową i produkty bogate w błonnik oraz rzadziej występowała u nich niedowaga. Nie zaobserwowano związku pomiędzy stężeniem KKT w kale a rodzajem i aktywnością NChZJ, wiekiem oraz stosowaną dietą.

**Wnioski:** U osób z niedowagą występują niższe stężenia KKT w kale. Dalsze badania powinny określić, czy pacjenci z NChZJ z niedowagą uzyskują korzyści z suplementacji KKT i/lub diety bogatej w źródła rozpuszczalnego błonnika. Osoby w starszym wieku wymagają starannej edukacji dietetycznej w zakresie zwiększenia ilości błonnika rozpuszczalnego w diecie. Autorka dziękuje za dofinansowanie w ramach projektu InterDokMed numer POWR.03.02.00-00-I013/16.

## Drenaż okołotrzustkowych zbiorników płynowych pod kontrolą endosonograficzną – ocena czynników wpływających na czas i długość leczenia

dr n. med. Piotr Nehring, dr hab. n. med. Adam Przybytkowski

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

**Wstęp:** Okołotrzustkowe zbiorniki płynowe stanowią powikłanie zarówno ostrego, jak i przewlekłego zapalenia trzustki i w określonych sytuacjach klinicznych wymagają leczenia. Preferowane postępowanie zakłada w pierwszej kolejności wykonanie drenażu endoskopowego.

**Cel pracy:** Weryfikacja optymalnego momentu i czasu trwania drenażu wykonywanego pod kontrolą endosonograficzną okołotrzustkowych zbiorników płynowych: torbieli rzekomych trzustki, martwicy oddzielonej i ostrych zbiorników martwiczych.

**Materiał i metody:** Do analizy włączono 75 osób poddanych drenażowi pod kontrolą endosonograficzną objawowych okołotrzustkowych zbiorników płynowych w latach 2012–2020.

**Wyniki:** Średni czas między pierwszym drenażem, a epizodem ostrego zapalenia trzustki wynosił 372 dni dla martwicy oddzielonej, 505 dni dla torbieli rzekomej i 18,7 dnia dla ostrego zbiornika martwiczego. Średni czas leczenia endoskopowego wynosił 94 dni dla martwicy oddzielonej, 60 dni dla torbieli rzekomej i 62,8 dnia dla ostrego zbiornika martwiczego. Na długość leczenia wpływały: obecność rozłączonego przewodu trzustkowego (średnio 91 ± 73 dni vs. 57 ± 33 dni,  $p < 0,0001$ ,

OR = 1,04, 95% CI: 1,01–1,06), wywiady przebytego drenażu przezskórnego (średnio 238 ± 75 dni vs. 60 ± 37 dni,  $p < 0,0001$ , OR = 1,04, 95% CI: 1,02–1,07) i zakażenie zbiornika (średnio 91 ± 61 dni vs. 55 ± 30 dni,  $p < 0,01$ , OR = 1,02, 95% CI: 1,00–1,04). Stwierdzono dodatnią korelację czasu leczenia ze starszym wiekiem pacjentów ( $p < 0,05$ ). Chorzy z rozpoznawanym rozłączonym przewodem trzustkowym wymagali więcej zabiegów w porównaniu z pacjentami bez stwierdzonej łączności przewodu trzustkowego z okołotrzustkowym zbiornikiem płynowym (5,3 ± 1,5 vs. 1,7 ± 1,3,  $p < 0,0001$ ). Wyleczenie torbieli rzekomych częściej obserwowano po pierwszym zabiegu w porównaniu z chorymi z martwicą oddzieloną trzustki, którzy częściej wymagali wielokrotnych zabiegów (90% vs. 59%,  $p < 0,01$ ). Średni odstęp pomiędzy zabiegami wynosił 36 dni, 49,3 dnia i 18 dni, odpowiednio dla martwicy oddzielonej, torbieli rzekomej i ostrego zbiornika martwiczego.

**Wnioski:** Dłuższego leczenia wymagają chorzy, u których współistnieją powikłania miejscowe (tj. rozłączony przewód trzustkowy, zakażenie zbiornika oraz stan po nieskutecznym drenażu przezskórnym). Rozłączony przewód trzustkowy przyczynia się do zwiększenia liczby zabiegów koniecznych do wyleczenia okołotrzustkowych zbiorników płynowych. W przypadku ostrych zbiorników martwiczych bezpieczne jest wykonywanie endoskopowego drenażu już od 18. dnia od epizodu ostrego zapalenia trzustki.

## Wpływ wybranych czynników żywieniowych i środowiskowych na częstość występowania uchyłkowatości jelita grubego w różnych grupach wiekowych

dr n. med. Ewa Walecka-Kapica<sup>1</sup>, dr n. med. Aleksandra Kaczka<sup>2</sup>, dr n. med. Aleksandra Błońska<sup>2</sup>, prof. dr hab. n. med. Anita Gąsiorowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Gastroenterologii, Centralny Szpital Kliniczny, Centrum Kliniczno-Dydaktyczne, Łódź

<sup>2</sup>Zakład Żywienia, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM-CSW, Łódź

**Wstęp:** Choroba uchyłkowa (ChU) jest schorzeniem przewodu pokarmowego występującym w krajach rozwiniętych. Wśród czynników etiologicznych wymienia się styl życia, dietę i inne czynniki środowiskowe.

**Cel pracy:** Ocena wpływu wybranych czynników dietetycznych i środowiskowych na częstość występowania uchyłkowatości jelita grubego w różnych grupach wiekowych.

**Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 58 pacjentów (33 kobiety i 25 mężczyzn) z uchyłkowatością jelita grubego (w różnych stadiach choroby) w wieku 33–85 lat, hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii UM w Łodzi. Pacjenci wypełniali szczegółowy kwestionariusz dotyczący stylu życia i nawyków żywieniowych. U każdego badanego obliczano wskaźnik masy ciała (BMI), wskaźnik talia-biodra (WHR) i przeprowadzono badania

antropometryczne w tym badanie składu ciała (Bodystat QuadScan 4000).

**Wyniki:** Częstość występowania uchyłkowatości jelita grubego wzrasta wraz z wiekiem niezależnie od płci, wyższa jest u pacjentów z otyłością, głównie mężczyzn. U kobiet poniżej 50. roku życia BMI był niższy – śr. 22,8 kg/m<sup>2</sup>, u mężczyzn – 26,7 kg/m<sup>2</sup>. U mężczyzn wysoki był też WHR – śr. 0,98. W każdej grupie obserwowano zwiększoną ilość tkanki tłuszczowej (MBF) i niski wskaźnik nawodnienia (śr. 55,2%).

We wszystkich grupach pacjentów mniejsza była ilość spożywanego błonnika pokarmowego, głównie frakcji rozpuszczalnej, mniejsze spożycie ciemnego pieczywa, makaronów, ciemnego ryżu, płatków zbożowych, warzyw zielonych, warzyw bogatych w karoten, owoców, ryb, nabiału, roślin strączkowych, orzechów i olejów roślinnych. Zwiększone spożycie ziemniaków i jajek u młodych mężczyzn oraz zwiększone spożycie wędlin i mięsa czerwonego u starszych pacjentów obu płci.

Zwiększone też było spożycie żywności przetworzonej, w grupie osób młodszych – typu *fast food* i napojów energetyzujących.

W grupie osób starszych nie obserwowano różnic w poziomie wykształcenia i zamieszkania. W grupie poniżej 50. roku życia dominowały osoby z wyższym wykształceniem, z dużego miasta, spędzające dużo czasu przy komputerze i TV, a mało czasu poświęcające na sen oraz aktywność fizyczną (niezależnie od masy ciała).

**Wnioski:** Spożywanie czerwonego mięsa, mała ilość błonnika pokarmowego (zwłaszcza frakcji rozpuszczalnej), niedostateczna aktywność fizyczna, wysoki BMI mogą być czynnikami ryzyka występowania ChU, jednak tylko w grupie pacjentów powyżej 50. roku życia.

Wpływ czynników związanych ze stylem życia i odżywianiem na występowanie ChU u pacjentów poniżej 50. roku życia pozostaje niejasny.

Uzyskane wyniki zachęcają do kontynuowania badań.

## Antybiotykoterapia w trakcie drenażu endoskopowego trzustkowych zbiorników płynowych

dr hab. n. med. Mateusz Jagielski, prof. nadzw., dr n. med. Jacek Piątkowski, prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wstęp:** W ostatnich dekadach obserwujemy rozwój technik leczenia endoskopowego następstw ostrego zapalenia trzustki w postaci trzustkowych i okołotrzustkowych zbiorników płynowych. Nadal jednak nie wiemy, jaką rolę spełnia antybiotykoterapia w trakcie drenażu endoskopowego pozapalnych zbiorników płynowych.

**Cel pracy:** Określenie roli antybiotykoterapii w trakcie leczenia endoskopowego trzustkowych i okołotrzustkowych pozapalnych zbiorników płynowych.

**Materiał i metody:** Randomizowane badanie obejmujące grupę badawczą 62 chorych leczonych endoskopowo z powodu pozapalnych trzustkowych i okołotrzustkowych zbiorników płynowych w 2020 r. w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Pierwszą grupę stanowili chorzy, którzy poddani byli szerokospektralnej antybiotykoterapii dożylną w trakcie endoterapii. Druga grupa to chorzy, którzy nie stosowali antybiotykoterapii w trakcie drenażu endoskopowego.

**Wyniki:** Do każdej grupy włączono 31 chorych. W pierwszej martwica ograniczona trzustki stanowiła 51,6%, a torbiel rzekoma trzustki 48,4%, w drugiej odpowiednio 58,1% i 41,9% ( $p = NS$ ). Zakażenie treści zbiorników trzustkowych stwierdzono u 16/31 (51,6%) chorych w pierwszej grupie oraz u 14/31 (45,2%) chorych w grupie drugiej ( $p = NS$ ). Średni czas czynnego drenażu endoskopowego w pierwszej grupie wynosił 13,0 (6–21) dni, w drugiej grupie – 14,0 (7–25) dni ( $p = NS$ ). Łączna liczba zabiegów endoskopowych u jednego chorego wynosiła średnio 3,3 (2–5) w pierwszej grupie i 3,4 (2–7) w drugiej grupie ( $p = NS$ ). Sukces kliniczny uzyskano u 29/31 (93,5%) chorych z pierwszej grupy i 30/31 (96,8%) chorych z drugiej grupy ( $p = NS$ ). Powikłania leczenia endoskopowego w pierwszej grupie stwierdzono 8/31 (25,8%) chorych oraz 10/31 (32,3%) chorych w drugiej grupie ( $p = NS$ ). Sukces długoterminowy stwierdzono u 26/31 (83,9%) chorych w pierwszej grupie i u 24/31 (77,4%) chorych w drugiej grupie ( $p = NS$ ).

**Wnioski:** Stosowanie antybiotykoterapii w trakcie drenażu endoskopowego trzustkowych i okołotrzustkowych zbiorników płynowych nie wpływa na wyniki leczenia, nawet w przypadku zakażonych zbiorników płynowych. Podstawą leczenia endoskopowego w tej grupie chorych jest stworzenie skutecznego systemu drenażowego, który zapewni swobodny odpływ treści ze zbiornika.

## Zmiany potencjału antyoksydacyjnego w doświadczalnym modelu uszkodzeń dolnego odcinka przewodu pokarmowego po zastosowaniu leków blokujących cyklooksygenazę

prof. dr hab. n. med. Sławomir Kwiecień, dr n. med. Zbigniew Śliwowski, dr n. med. Dagmara Wójcik, dr n. med. Katarzyna Magierowska, lek. Adrianna Wójcik, prof. dr hab. n. med. Tomasz Brzozowski

Wydział Lekarski, Katedra Fizjologii, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

**Wstęp:** Nieswoiste choroby zapalne jelit stanowią istotny problem kliniczny z powodu nieznamości patogeny tej choroby, co utrudnia zaplanowanie skutecznego algorytmu ich leczenia. W celu dokładniejszego zbadania patogeny tych chorób opracowano doświadczalny model uszkodzeń jelita grubego, wywołanych przez aplikację kwasu trójnitrobenzosulfonowego (TNBS). Wyniki dotychczasowych badań wykazały istotną rolę

aktywności cyklooksygenazy w przyspieszeniu gojenia się eksperymentalnych uszkodzeń innych odcinków przewodu pokarmowego, np. żołądka.

**Cel pracy:** Zbadanie skutków zablokowania cyklooksygenazy w eksperymentalnych modelach uszkodzeń błony śluzowej jelita grubego i wpływ na peroksydację lipidów i wybrane mechanizmy antyoksydacyjne.

**Materiał i metody:** Eksperymenty przeprowadzono na szczurach szczepu Wistar. Zwierzęta podzielono na 4 grupy. W 1. grupie wywołano uszkodzenia śluzówki jelita przez TNBS, 2. grupa otrzymała dodatkowo aspirynę (nieselektywny bloker cyklooksygenazy), w 3. grupie zastosowano celekoksyb (selektywny bloker indukowalnej formy cyklooksygenazy, czyli COX-2), a 4. grupę stanowiły zdrowe szczury nie poddane żadnym zabiegom. Uszkodzenia błony śluzowej jelita oceniane były planimetrycznie. W celu określenia poziomu produktów peoksydacji lipidów (MDA i 4-HNE) oraz kluczowych elementów kaskady zmiatania wolnych rodników, tj. dysmutazy ponadtlenkowej (SOD) i glutationu (GSH), posłużono się metodami kolorymetrycznymi.

**Wyniki:** Po zablokowaniu cyklooksygenazy zaobserwowano zwiększenie liczby uszkodzeń, którym towarzyszyło zmniejszenie wydajności mechanizmów antyoksydacyjnych ( $\downarrow$ SOD,  $\downarrow$ GSH,  $\uparrow$ MDA + 4-HNE).

**Wnioski:** Zablokowanie produkcji prostaglandyn opóźnia proces gojenia się uszkodzeń dolnego odcinka przewodu pokarmowego ze współistniejącym spadkiem zdolności usuwania reaktywnych form tlenu.

### Rola endoterapii uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego w trakcie leczenia endoskopowego trzustkowych zbiorników płynowych

dr hab. n. med. Mateusz Jagielski, prsrof. nadzw., dr n. med. Jacek Piątkowski, prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wstęp:** Endoterapia jest rozpowszechnioną metodą leczenia trzustkowych zbiorników płynowych będących następstwem ostrego zapalenia trzustki. Obecnie w literaturze brak jest wytycznych określających rolę leczenia endoskopowego uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego w trakcie endoterapii pozapalnych trzustkowych zbiorników płynowych.

**Cel pracy:** Określenie znaczenia leczenia uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego podczas endoterapii trzustkowych zbiorników płynowych.

**Materiał i metody:** W pracy dokonano prospektywnej analizy wyników leczenia 113 chorych z trzustkowymi zbiornikami płynowymi będącymi następstwem ostrego zapalenia trzustki, którzy w latach 2018–2019 byli leczeni endoskopowo w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

**Wyniki:** 40/113 (35,39%) chorych z torbielą rzekomą trzustki oraz 73/113 (64,61%) chorych z martwicą ograniczoną trzustki było leczonych endoskopowo. Endoskopową pankreatografię wsteczną wykonano u 38/40 (95%) chorych z torbielą rzekomą trzustki oraz u 69/73 (94,52%) chorych z martwicą ograniczoną trzustki. Uszkodzenie przewodu trzustkowego głównego rozpoznano u 32/38 (84,21%) chorych z torbielą rzekomą oraz u 64/69 (92,75%) chorych z martwicą trzustki. Leczenie endoskopowe uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego zastosowano u wszystkich 96 chorych. Na podstawie analizy statystycznej wyników leczenia wykazano, że w grupie chorych z torbielą rzekomą trzustki, w porównaniu z grupą chorych z martwicą ograniczoną trzustki, leczenie endoskopowe uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego nie wpływa na skuteczność endoterapii ( $p < 0,05$ ) oraz nie poprawia wyników odległych leczenia endoskopowego ( $p < 0,05$ ). W grupie chorych z torbielą rzekomą trzustki leczenie endoskopowe uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego zwiększa liczbę nawrotowych trzustkowych zbiorników płynowych w porównaniu z grupą chorych z martwicą ograniczoną trzustki ( $p < 0,05$ ).

**Wnioski:** Skuteczność leczenia endoskopowego uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego w przebiegu ostrego zapalenia trzustki odnotowano u chorych z martwicą ograniczoną trzustki. W grupie chorych z torbielą rzekomą trzustki protezowanie przewodu trzustkowego głównego pogarsza wyniki leczenia.

### Bezpośrednia endoskopowa nekrozektomia w trakcie drenażu przezściennego martwicy ograniczonej trzustki

dr hab. n. med. Mateusz Jagielski, prof. nadzw., dr n. med. Jacek Piątkowski, prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wstęp:** Endoterapia jest uznaną metodą leczenia ma-  
łoinwazyjnego martwicy trzustki.

**Cel pracy:** Ocena skuteczności i bezpieczeństwa bezpośredniej endoskopowej nekrozektomii w trakcie drenażu przezściennego u chorych z objawową martwicą ograniczoną trzustki.

**Materiał i metody:** W pracy dokonano prospektywnej analizy wyników leczenia 186 chorych z objawową martwicą ograniczoną trzustki, którzy w latach 2018–2021 byli leczeni endoskopowo w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

**Wyniki:** U 186 chorych z objawową martwicą ograniczoną trzustki wykonano endoskopowy drenaż przezścienny. 102/186 (54,84%) chorych (36 kobiet i 76 mężczyzn, średni wiek 62,07 [21–78] lat) zakwalifikowano do endoskopowej nekrozektomii. Średnia wielkość zbiornika

wynosiła 20,05 cm (11,3–36,6cm). Dostęp przezścienny przezżołądkowy zastosowano u 96 (94,12%) chorych, przedwunastniczy u 6 (5,88%) chorych. Czynny drenaż endoskopowy prowadzony był średnio przez 18,51 (7–82) dni. Średnia liczba zabiegów endoskopowych wynosiła 7,63 (2–24). Powikłania endoterapii wystąpiły u 17/102 (16,67%) chorych. Sukces leczenia endoskopowego uzyskano u 93/102 (91,18%) chorych. Sukces długoterminowy uzyskano u 88/102 (86,27%) chorych.

**Wnioski:** Bezpośrednia endoskopowa nekrozektomia w trakcie drenażu przezściennego jest skuteczną metodą leczenia małoinwazyjnego objawowej martwicy ograniczonej trzustki, przy akceptowalnej liczbie powikłań.

### Leczenie endoskopowe uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego w trakcie endoterapii martwicy ograniczonej trzustki

dr. hab. n. med. Mateusz Jagielski, prof. nadzw., dr n. med. Jacek Piątkowski, prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wstęp:** Znaczenie leczenia endoskopowego uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego w przebiegu ostrego martwiczego zapalenia trzustki nie zostało zweryfikowane.

**Cel pracy:** Ocena skuteczności endoterapii uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego u chorych z martwicą ograniczoną trzustki.

**Materiał i metody:** W pracy dokonano prospektywnej analizy wyników leczenia 186 chorych z objawową martwicą ograniczoną trzustki, którzy w latach 2018–2021 byli leczeni endoskopowo w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

**Wyniki:** Endoskopową pankreatografię wsteczną wykonano u 173/186 chorych (93,01%). Częściowe uszkodzenie przewodu trzustkowego głównego rozpoznano u 102 chorych (58,96%), całkowite uszkodzenie przewodu trzustkowego głównego u 54 chorych (31,21%). Leczenie endoskopowe uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego (drenaż przezbrodawkowy) zastosowano u wszystkich 156 chorych. Sukces leczenia endoskopowego uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego uzyskano u 143/156 chorych (91,67%). Sukces endoterapii martwicy ograniczonej trzustki uzyskano u 146/156 chorych (93,59%). Średni czas obserwacji chorych wynosił 288 (29–696) dni. Długoterminowy sukces leczenia endoskopowego uzyskano u 141/156 (90,38%) chorych z objawową martwicą ograniczoną trzustki.

**Wnioski:** W badaniu wykazano, że leczenie endoskopowe uszkodzeń przewodu trzustkowego głównego w przebiegu ostrego martwiczego zapalenia trzustki poprawia długoterminowe wyniki endoterapii martwicy

ograniczonej trzustki, redukując liczbę nawrotowych trzustkowych zbiorników płynowych.

### Pozaaanatomiczne zespolenia dróg żółciowych z przewodem pokarmowym

dr hab. n. med. Mateusz Jagielski, prof. nadzw., dr n. med. Michał Zieliński, dr n. med. Jacek Piątkowski, prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wstęp:** Przezbrodawkowy drenaż dróg żółciowych w trakcie endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW) jest uznaną metodą leczenia objawowego chorych z nowotworowym zwężeniem przewodów żółciowych. Wskaźnik skuteczności przezbrodawkowego protezowania dróg żółciowych w tej grupie chorych jest wysoki. W przypadkach nieskuteczności dostępu przezbrodawkowego bardzo często leczeniem z wyboru pozostaje drenaż przezskórny dróg żółciowych. W ostatnich latach w literaturze pojawiły się opisy pozaaanatomicznych zespolień dróg żółciowych z przewodem pokarmowym pod kontrolą endoskopowej ultrasonografii (EUS) będących alternatywą dla drenażu przezskórnego.

**Cel pracy:** Ocena przydatności pozaaanatomicznych zespolień dróg żółciowych z przewodem pokarmowym w endoterapii nowotworowych zwężeń dróg żółciowych.

**Materiał i metody:** Prospektywna analiza wyników leczenia 484 chorych z nowotworowym zwężeniem dróg żółciowych leczonych endoskopowo w latach 2016–2019 w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

**Wyniki:** U 441/484 chorych (91,11%) uzyskano skuteczny dostęp do dróg żółciowych przez brodawkę dwunastniczą większą. U 43/484 chorych (8,89%), pomimo trzykrotnie wykonanych zabiegów ECPW, nie udało się zacewnikować dróg żółciowych – chorych zakwalifikowano do pozaaanatomicznego zespolenia dróg żółciowych z przewodem pokarmowym. U 41 chorych wykonano zespolenie dróg żółciowych lewego płata wątroby z żołądkiem (endoskopową hepaticogastrostomię); u 1 chorego wykonano zespolenie pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą (endoskopową cholecystoduodenostomię), u 1 chorego zespolenie przewodu żółciowego głównego z dwunastnicą (endoskopową choledochoduodenostomię). Sukces techniczny zabiegu pozaaanatomicznego zespolenia dróg żółciowych z przewodem pokarmowym osiągnięto u 42/43 chorych (97,67%). Powikłania leczenia stwierdzono u 6/43 (13,95%) chorych. Sukces kliniczny uzyskano u 39/43 chorych (90,69%). W okresie długoterminowej obserwacji 5/43 chorych (11,62%) wymagało powtórzenia zabiegu endoskopowego.

**Wnioski:** W przypadku nieskuteczności przezbrodawkowego drenażu endoskopowego, pozaaanatomiczne



zespolenia dróg żółciowych z przewodem pokarmowym są skuteczną metodą leczenia chorych z nowotworowym zwężeniem dróg żółciowych.

### **Endoskopowy drenaż przezodbytniczy z zastosowaniem terapii podciśnieniowej u chorych z nieszczelnością zespolenia jelitowego po zabiegach resekcyjnych nowotworów odbytnicy**

dr hab. n. med. Mateusz Jagielski, prof. nadzw., dr n. med. Jacek Piątkowski, dr n. med. Grzegorz Jarczyk, prof. dr hab. n. med. Marek Jackowski

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Wstęp:** Chirurgia jest złotym standardem w leczeniu nowotworów złośliwych odbytnicy. Nieszczelność zespolenia jelitowego jest poważnym powikłaniem w chirurgii kolorektalnej.

**Cel pracy:** Ocena skuteczności oraz bezpieczeństwa przezodbytniczego drenażu endoskopowego z zastosowaniem terapii podciśnieniowej u chorych z nieszczelnością zespolenia jelitowego po leczeniu operacyjnym nowotworów środkowej i dystalnej części odbytnicy.

**Materiał i metody:** W pracy poddano prospektywnej analizie wyniki leczenia chorych z nieszczelnością zespolenia jelitowego leczonych w latach 2016–2019 terapią podciśnieniową z wykorzystaniem przezodbytniczego drenażu endoskopowego w Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,.

**Wyniki:** Siedemdziesięciu dziewięciu chorych z nowotworem środkowej i dystalnej części odbytnicy miało wykonany laparoskopowy zabieg resekcyjny. 38/79 chorych (48,10%) miało wykonany zabieg przezodbytniczego całkowitego wycięcia odbytnicy – TaTME (ang. *transanal total mesorectal excision*). U 16/79 chorych (20,25%) [16 mężczyzn, średnia wieku 62,17 (43–86) lat] rozpoznano nieszczelność zespolenia jelitowego w okresie pooperacyjnym. 8/16 chorych (50%) miało wykonaną pierwotną ileostomię protekcyjną. U wszystkich 16 chorych z nieszczelnością zespolenia jelitowego zastosowano wewnątrzjelitową terapię podciśnieniową z wykorzystaniem przezodbytniczego drenażu endoskopowego. Czas od zabiegu operacyjnego od rozpoczęcia leczenia endoskopowego wynosił średnio 16 (3–728) dni. Średnia liczba zabiegów endoskopowych z wymianą opatrunku podciśnieniowego wynosiła 6 (1–11). Średni czas leczenia endoskopowego to 22 (4–43) dni. U 5 chorych w trakcie leczenia endoskopowego konieczne było wyłonienie ileostomii protekcyjnej. Sukces leczenia endoskopowego nieszczelności zespolenia jelitowego osiągnięto u 15/16 (93,75%) chorych. Średni okres obserwacji chorych wynosił 253 (78–510) dni. U dwóch chorych stwierdzono w okresie obserwacji nawrót ropnia miednicy. Długoterminowy sukces leczenia endoskopowego stwierdzono u 13/16 (81,25%) chorych. **Wnioski:** Endoskopowy drenaż przezodbytniczy z wykorzystaniem terapii podciśnieniowej jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia małoinwazyjnego u chorych z nieszczelnością zespolenia jelitowego po zabiegach resekcyjnych w obrębie środkowej i dystalnej części odbytnicy.