

Pacjent z wodobrzuszem

Pacjent

- 62-letnia kobieta, emerytka
- Wywiad:
 - Od czerwca 2017r powiększanie się obwodu brzucha i masywne obrzęki obwodowe z owrzodzeniem, postępujące chudnięcie i osłabienie
 - Dna moczanowa, nadciśnienie tętnicze - farmakoterapia
 - Nie pali papierosów, alkohol- piwo co 2-gi dzień
- Badanie przedmiotowe:
 - Szczupła budowa ciała
 - Wodobrzusze, obrzęki sięgające połowy ud, owrzodzenie na przyśrodkowej powierzchni podudzia lewego
 - Żółtaczka
 - Płyn w prawej jamie opłucnowej

Badania obrazowe – USG jamy brzusznej

Nerki symetryczne, prawidłowej wielkości, bez zmian ogniskowych, złogów ani zastoju moczu. Nad pęcherzem moczowym, w linii środkowej i po stronie prawej widoczny duży zbiornik płynu, otorebkowany, o wym. 97 x 121 x 108 mm, nieco modelujący od góry pęcherz moczowy, oraz modelujący jelita. Torebka zewnętrzna zbiornika jest nieco pogrubiała w części tylnodolnej, ale regularna, w tylnej ścianie widoczne drobne zwapnienia. Wewnątrz zbiornika widoczny jednorodny płyn, nie uwidoczniło zmian tkankowych. Dolna część zbiornika od strony prawej przylega do okolicy prawych przydatków - prawego jajnika, najpewniej w tej części ma niewielką przegrodę, innych przegród nie stwierdzono. Obraz przemawia za torbielą wywodzącą się z prawego jajnika.

Pęcherz moczowy poza modelowaniem przez torbiel - prawidłowy.

Trzon macicy dość niewielki, jednorodny, o gładkich zarysach, endometrium poszerzone, o łącznej grubości do 13mm. Okolica lewych przydatków niezmienną.

Aorta brzuszna nieposzerzona, miażdżycowa.

Granicznej wielkości węzeł chłonny w węzadle wątrobowo-dwunastniczym o śr. 11 mm, poza tym węzły chłonne trzewne i zaotrzewnowe niepowiększone.

Niewielka przepuklina pępkowa.

Pętle jelitowe (poza modelowaniem przez torbiel w podbrzuszu) - bez uchwytanych zmian.

Struktury kostne uwidocznione w badaniu bez zmian destrukcyjnych.

WNIOSKI: duża torbiel w miednicy mniejszej - najpewniej wywodząca się z prawego jajnika, wodobrzusze, płyn w lewej jamie opłucnej, przebudowa marska wątroby.

Dalsze postępowanie

Skierowanie chorej do Kliniki Ginekologii WUM, celem operacyjnego leczenia torbielowatego guza jajnika prawego

Badania obrazowe – TK jamy brzusznej

Tomografia Komputerowa Jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem

Tomografia Komputerowa Jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem z dn. 26-07-2017:

Środek kontrastowy dożylnie - Ultravist 100 ml

Niewielka ilość wolnego płynu w lewej jamie opłucnej, poza tym dolne części obu płuc i prawa jama opłucnej uwidocznione w badaniu - bez zmian.

Wodobrzusze.

Wątroba z uwypuklonymi segmentami płata lewego poza tym wielkości w normie, o nierównych zarysach zewnętrznych, o cechach przebudowy marskiej, z torbielą o śr.

9 mm w segm. 4a pod kopułą, bez innych zmian ogniskowych. Drogi żółciowe nieposzerzone, pęcherzyk żółciowy cienkościenny, bez uwapnionych złogów, zagięty.

Unaczynienie tętnicze wątroby typowe, od pnia trzewnego, tętnice drożne, wewnątrzwątrobowo o spiralnym przebiegu.

Żyły wątrobowe i okolica ich spływu do ŻGD drożne, szerokości w normie, wspólne ujście żyły środkowej i lewej.

Żyły układu wrotnego drożne, szerokości w normie (pień ż. wrotnej o szer. do 13 mm), niewielkie krążenie żyłne oboczne w nadbrzuszu, wokół żołądka.

Trzustka wielkości w normie, jednorodna, bez zmian ogniskowych ani zwapnień. Przewód Wirsunga nieposzerzony.

Śledziona granicznej wielkości (110 mm w osi długiej), jednorodna, bez zmian ogniskowych.

Nadnercza prawidłowej wielkości i kształtu, bez zmian ogniskowych, w odnodze bocznej lewego nadnercza drobne zwapnienie.

Badania laboratoryjne i postępowanie w Kl. Ginekologii

- Morfologia:
 - WBC 3.5
 - RBC 3.26
 - HGB 11.5
 - PLT 85
- Układ krzepnięcia:
 - APTT 43.1
 - INR 1.63
 - fibrynogen 122 mg/dl
- Jonogram: Na 138, K 4,4 mmol/dl
- Podanie Vit. K i FFP – bez efektu
- Przekazanie do Kl. Hepatologii WUM

Dalsze postępowanie

Skierowanie chorej do Kliniki Hepatologii WUM, gdyż w Kl. Ginekologii zdyskwalifikowano chorą od histerektomii z przydatkami (z powodu guza torbielowatego jajnika prawego), z powodu zaburzeń w koagulogramie

Badania laboratoryjne – czegoś brakuje?

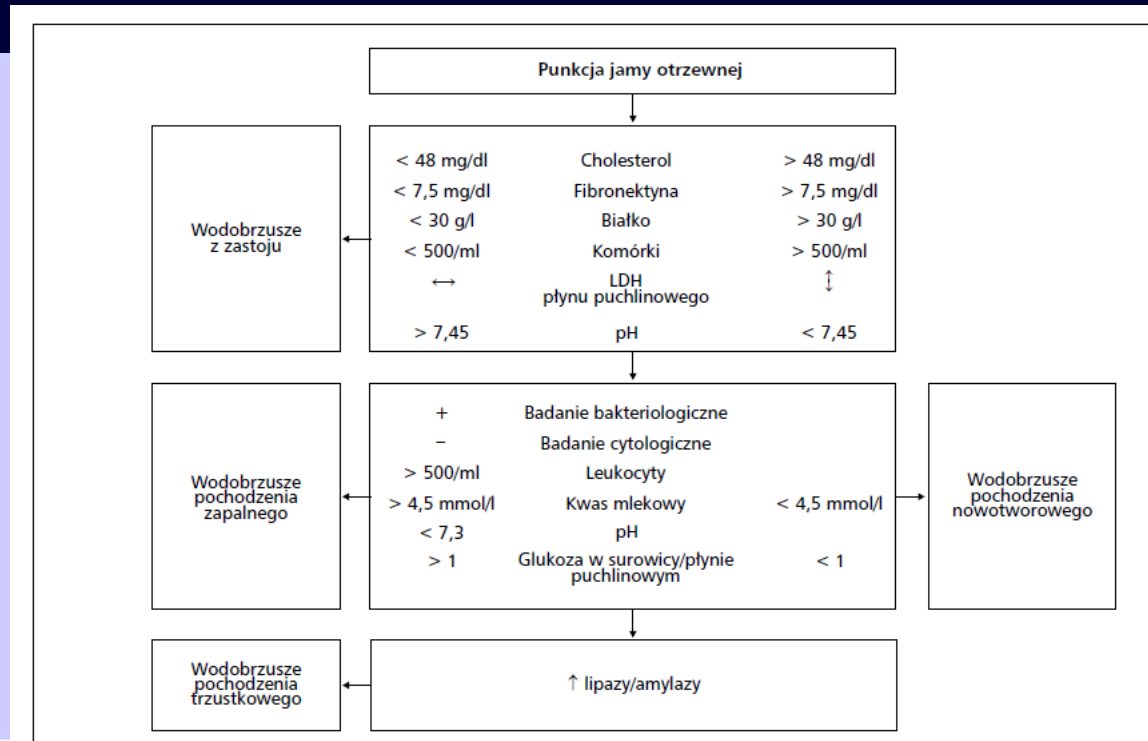
- Diagnostyka pancytopenii?
 - rozmaz ręczny,
 - gospodarka żelazowa,
 - wit. B12, kwas foliowy,
 - retikulocytoza, LDH, kwas moczowy, rozbiecie bilirubiny
- Badania białkowe?
 - białko całkowite,
 - albumina,
 - badanie ogólne moczu ze wstępną oceną białkomoczu i zaplanowaniem dalszych badań,
 - proteinogram,
 - immunoglobuliny
- Markery npl?
 - (guz jajnika – Ca 125)
- Diagostyka wodobrzusza?
 - (pierwszy krok – analiza przesięk – wysięk)

Wodobrzusze

- Kumulacja powyżej 150 ml płynu w jamie otrzewnowej, niezależnie od jego charakteru i przyczyny
- Mechanizm:
 - nadciśnienie wrotne,
 - hipoalbuminemia,
 - nadprodukcja płynu,
 - utrudnienie odpływu chłonki

- Przyczyny:
 - marskość wątroby – 80%,
 - nowotwory – 10%,
 - niewydolność serca – 3%,
 - gruźlica – 2%,
 - dializoterapia – 1%,
 - choroby trzustki – 1%,
 - inne – zespół Budd-Chiari, zespół nerczycowy, SLE, PVT

Analiza laboratoryjna płynu



	Prześięk	Wysięk
Gęstość względna	< 1,061	≥ 1,061
Zawartość białka	< 2,5 g/l	> 2,5 g/l
SAAG	< 1,1	> 1,1

Różnicowanie płynu puchlinowego i podział wodobrzusza

TABELA 1. Różnicowanie etiologii płynu puchlinowego

		Przykładowa interpretacja
SAAG	≥ 1,1 g/dl	nadciśnienie wrotne, niewydolność serca, alkoholowe zapalenie wątroby, nadciśnienie wrotne wywołane przez liczne przerzuty do wątroby
	< 1,1 g/dl	rozśiew nowotworowy do otrzewnej, gruźlica
białko całkowite w płynie puchlinowym	< 10 g/l	wzrost ryzyka wystąpienia SBP
	≥ 10 g/l	wtórne zapalenie otrzewnej
stężenie glukozy w płynie puchlinowym lub stężenie glukozy w surowicy	< 1,0	zakażenie, proces nowotworowy, perforacja przewodu pokarmowego
aktywność LDH w płynie puchlinowym lub aktywność LDH w surowicy	> 1,0	zakażenie, proces nowotworowy
stężenie amylazy w płynie puchlinowym lub stężenie amylazy w surowicy	> 1,0	choroba trzustki
	około 0,6	perforacja przewodu pokarmowego
liczba neutrofilów (w μ l próbki)	> 250	samoistne zapalenie otrzewnej
	> 1200	wtórne zapalenie otrzewnej

TABELA 2. Podział wodobrzusza w zależności od objętości płynu puchlinowego

Stopień	Uwagi
1 – łagodne	wykrywane jedynie w badaniu ultrasonograficznym
2 – umiarkowane	objętość płynu > 0,5 l, możliwe do stwierdzenia w badaniu fizykalnym
3 – zaawansowane	stwierdzane w badaniu fizykalnym, brzuch napięty, wygładzenie pępka bądź obecność przepukliny pępkowej

Obraz kliniczny wodobrzusza



Obraz kliniczny chorej



Diagnostyka różnicowa

- **Wodobrzusze w przebiegu:**
 - Uogólnionej choroby nowotworowej w punktem wyjścia w jajniku?
 - Marskości wątroby?
 - Zespołu nerczycowego?
 - Gruźlicy?
 - Tocznia rumieniowatego systemowego?

Badania laboratoryjne

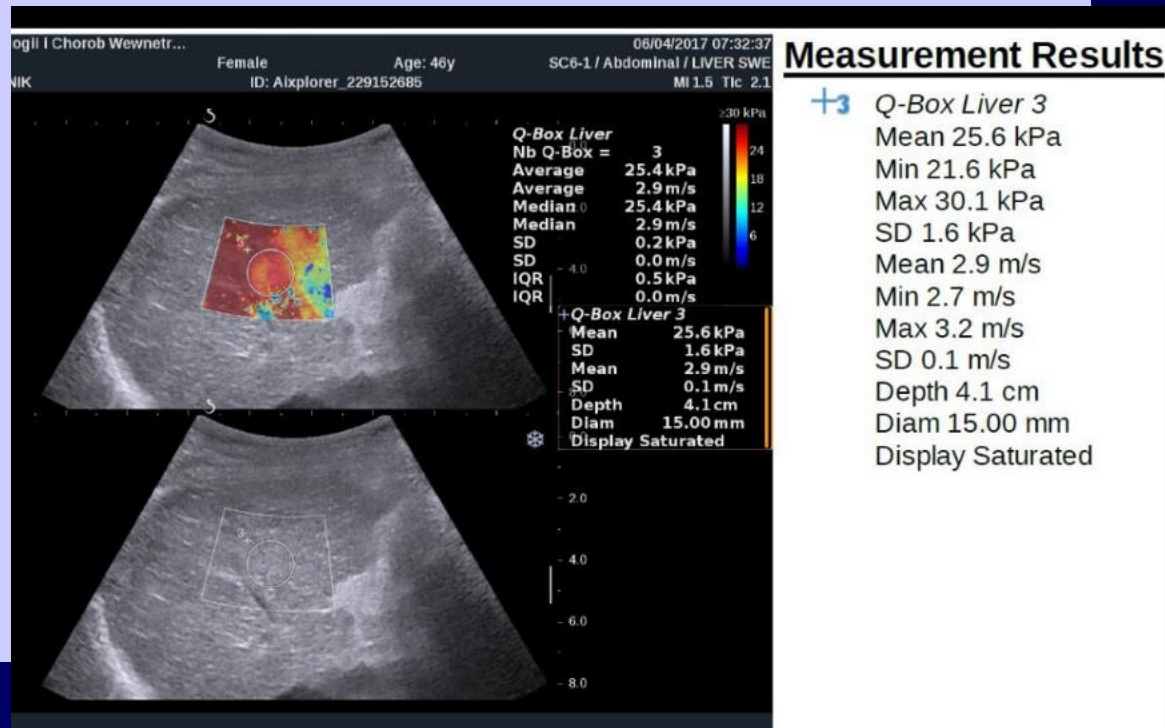
- **Jakie jeszcze dodatkowe badania należy wykonać?**

Badania laboratoryjne

- Skrining wirusowy
 - HBs antygen, anty-HBc
 - Anty-HCV
- Proteinogram (frakcja gamma-globulin)
- Immunoglobuliny (IgG, IgA, IgM)
- Panel autoprzeciwciał (ANA, SMA, LKM)
- Gospodarka lipidowa
- Gospodarka żelazowa (Fe, ferrytyna, TIBC, sat. transferyny)
- Ceruloplazmina (ch. Wilsona), A1AT?
- Inne? (nerczyca? Tbc? SLE?)

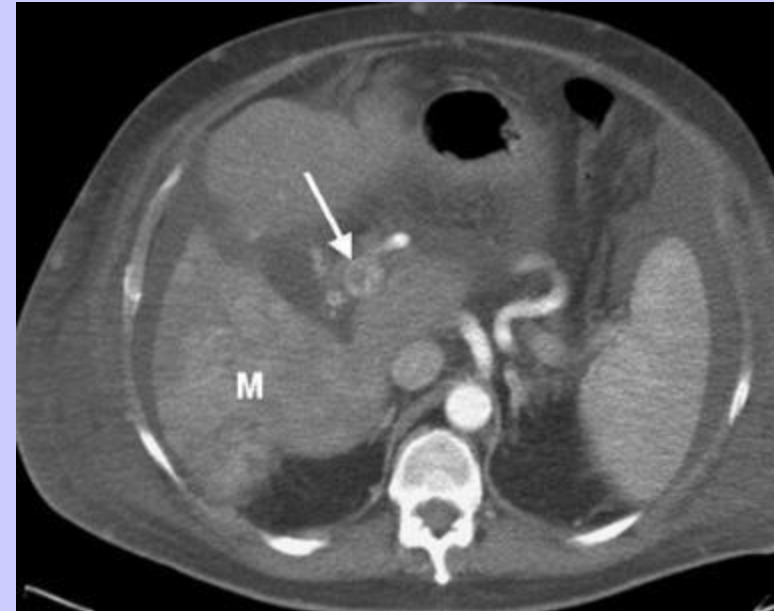
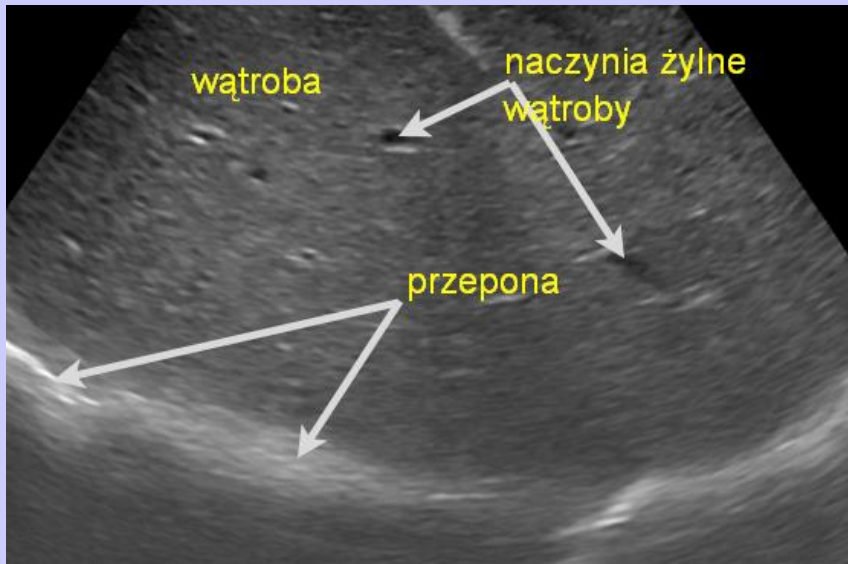
Badania obrazowe

- USG-Doppler naczyń dorzecza trzewnego
- Angio-TK jamy brzusznej
- SWE, LBx?
- Gastroduodenoskopia



Badania obrazowe

- Co oceniamy?



- Morfologia, zmiany ogniskowe wątroby
- Wielkość śledziony
- Drożność i kaliber naczyń, kierunek przepływu

Badania obrazowe – USG jamy brzusznej

Brak poprzednich badań do porównania.

Wodobrzusze. Wątroba niepowiększona, o nieregularnych obrysach, bez uchwytnych zmian ogniskowych- cechy marskości.

Pęcherzyk żółciowy bez widocznych złogów, o zaznaczonej ścianie- jak przy wodobrzuszu.

Drogi żółciowe nie są poszerzone. Żyła wrotna drożna, szer. 10-11 mm, przepływ dowątrobowy zachowany.

Żyły wątrobowe wąskie, uciśnięte, drożne. Tętnica wątrobowa drożna- widmo przepływu i V max. (69 cm/s) w normie

Trzustka widoczna w zakresie trzonu, śledziona (niepowiększona - 103 mm), bez widocznych nieprawidłowości. Żyła śledzionowa drożna, szer. 7 mm, przepływ dowątrobowy.

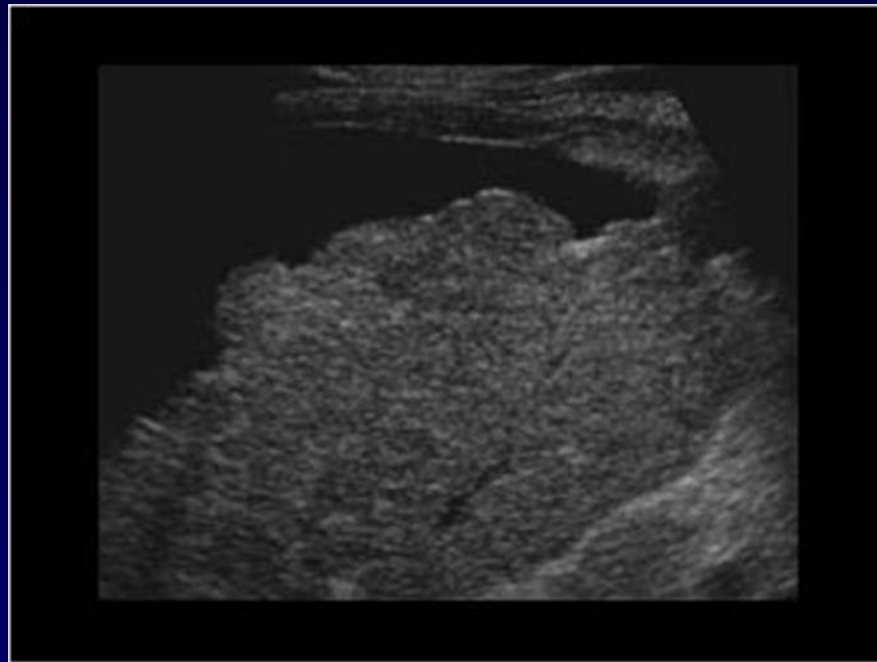
Nerki symetryczne (P-95 mm, L- 106 mm) , w uwidocznionym zakresie bez złogów i zastoju moczu , o zachowanym zróżnicowaniu korowo-rdzeniowym, bez widocznych zmian ogniskowych.

Aorta brzuszna w uwidocznionym zakresie nieposzerzona.

Okolica okołoaortalna bez nieprawidłowych odbić .

Pęcherz moczowy bez widocznych nieprawidłowości.

USG jamy brzusznej



Pacjentka - podsumowanie:

- Zdekompensowana marskość wątroby o etiologii ALD
- Guz jajnika jest otorbionym wodobrzuszem
- Marker Ca-125 fałszywie dodatni w marskości wątroby z wodobrzuszem

Pacjentka - postępowanie

- Dlaczego gastroduodenoskopia?
- Ograniczenia sodu, białka i płynów w diecie?
- Diuretyki, beta-blokery, GKS, witamina K, inne?
- Osocze, albumina?
- Inne?
- Leczenie przeszczepieniem wątroby?

Pacjent z żółtaczką

Pacjent

- Mężczyzna l. 22, technolog drewna
- Choruje na wrzodziejące zapalenie jelita grubego od 16 rż – łagodnie, 1 rzut w momencie rozpoznania, obecnie w remisji, stosuje 5-ASA
- W Poradni Gastroenterologicznej ma co pół roku wykonywane badania laboratoryjne, ostatnie wykazały:
 - AST 126, ALT 179
 - ALP 348, GGTP 456 IU/l
 - Bilirubina 2.54 mg/dl

Pacjent

- Chory skierowany do Poradni Hepatologicznej, celem dalszej diagnostyki:
 - żółtaczki
 - hipertransaminazemii
- Rozpoznanie wstępne?

Różnicowanie żółtaczek

	Żółtaczka przedwątrobowa (hemolityczna)	Żółtaczka wątrobowa (miąższowa)	Żółtaczka pozawątrobowa (zastoinowa, mechaniczna)
<u>Bilirubina pośrednia:</u>	podwyższona	w normie (rzadziej podwyższona)	w normie
<u>Bilirubina bezpośrednia:</u>	w normie	podwyższona	podwyższona
<u>Bilirubina bezpośrednia w moczu:</u>	w normie	podwyższona (ciemny moc)	podwyższona (ciemny moc)
<u>Urobilinogen w moczu:</u>	podwyższony	podwyższony	w normie
<u>Barwa stolca:</u>	ciemna	jasna lub ciemna	jasna
<u>Sterkobilinogen w moczu:</u>	podwyższony	obniżony	znacznie obniżony
<u>Wynik prób wątrobowych <i>AspAT</i> i <i>ALAT</i>:</u>	ujemny	"silnie" dodatni	dodatni
<u>Fosfataza alkaliczna, <i>GGTP</i>:</u>	w normie	podwyższone	znacznie podwyższone
<u>LDH:</u>	< 1,3	> 1,64	-
<u>Haptoglobina</u>	obniżona	w normie	w normie
<u>Świad skóry:</u>	nie	możliwy	tak

Żółtaczka hemolityczna

- **diagnostyka:**

- • wzrost stężenia bilirubiny pośredniej (wolnej) we krwi
- • wzrost stężenia urobilinogenu w moczu
- • próby wątrobowe AlAT i AspAT w normie
- • fosfataza alkaliczna w normie

- **klinicznie:**

- • ciemny mocz
- • ciemny stolec
- • często powiększona śledziona (*splenomegalia*)

Żółtaczka miąższowa

- **diagnostyka:**
- próby wątrobowe wykazują podwyższoną aktywność AlAT i AspAT
- wzrost stężenia urobilinogenu w moczu
- **klinicznie:**
- niekiedy poprzedzona występowaniem objawów grypopodobnych
- ciemny mocz
- jasny stolec
- bóle mięśni ?

Żółtaczka cholestatyczna (zaporowa, zastoinowa)

- **diagnostyka:**

- brak lub bardzo niskie stężenie urobilinogenu w moczu – przerwanie krążenia jelitowo-wątrobowego bilirubiny
- podwyższony poziom fosfatazy alkalicznej w surowicy
- początkowo próby wątrobowe – AlAT i AspAT nie wykazują zmian
- podwyższone stężenie bilirubiny bezpośredniej we krwi

- **klinicznie:**

- ciemne zabarwienie moczu
- odbarwienie stolca – żółć nie przedostaje się do światła jelita

Badania laboratoryjne

- Diagnostyka różnicowa żółtaczki
- Jaka jest najbardziej prawdopodobna?
 - Bilirubina z rozbitiem

Żółtaczka cholestatyczna

- kiedy powstała jako powikłanie kamicy żółciowej:
 - poprzedza ją napad kolki,
 - stężenie bilirubiny w surowicy nie przekracza zwykle 10 mg%,
 - żółtaczka zwykle samoistnie ustępuje po kilku dniach
- spowodowana guzem nowotworowym, zamykającym drogi żółciowe:
 - narasta powoli i stale,
 - stężenie bilirubiny w surowicy często znacznie podwyższone, co powoduje świąd skóry (widoczne liczne przeczasy),
 - bezbólowa,
 - objaw Courvoisiera
- Inne przyczyny cholestazy u młodego człowieka (M)?

Badania laboratoryjne

- Diagnostyka różnicowa hipertransaminazemii
- Czy dokonana jest marskość wątroby?
- Jakie badania laboratoryjne należy jeszcze zlecić?

Badania laboratoryjne

- Skrining wirusowy: HBs antygen, anty HBc, antyHCV
- Proteinogram (szczególnie frakcja gamma)
- Immunoglobuliny (IgG, A i M)
- Autoprzeciwiała (ANA, AMA, SMA, pANCA)
- Albumina, koagulogram
- Cholesterol , TG
- Hormony tarczycy
- Diagnostyka wrodzonych chorób metabolicznych?

Badania obrazowe

- USG jamy brzusznej?
- Angio-TK jamy brzusznej?
- Cholangiografia? Jaka?
- Biopsja wątroby?
- Czy są metody z wyboru?

Opis MRCP

Drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe o bardzo nierównych zarysach, z odcinkowymi naprzemiennymi torbielowatymi/uchyłkowatymi poszerzeniami i ciasnymi zwężeniami. W obrębie torbielowatych poszerzeń widoczne drobne ubytki sygnału odpowiadające złogom/grudkom gęstej żółci. Torbielowate poszerzenie PWW/PŻW do 12x14mm z bardzo wąskim włosowatym dystalnym odcinkiem PŻW.

Obraz MRCP dróg żółciowych może odpowiadać zaawansowanej postaci PSC do różnicowania z torbielowatością dróg żółciowych typu IVa wg klasyfikacji Todaniego (torbielowate poszerzenia wewnątrz- i zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych).

Ściany wewnątrz- i zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych umiarkowanie pogrubiłe (do 1.2mm grubości), wykazują wzmocnienie po podaniu środka kontrastującego.

Pęcherzyk żółciowy cienkościenny, rozdęty, ze słabo widocznymi ubytkami sygnału układającymi się grawitacyjnie, odpowiadającymi prawdopodobnie drobnym złogom - do dalszej kontroli.

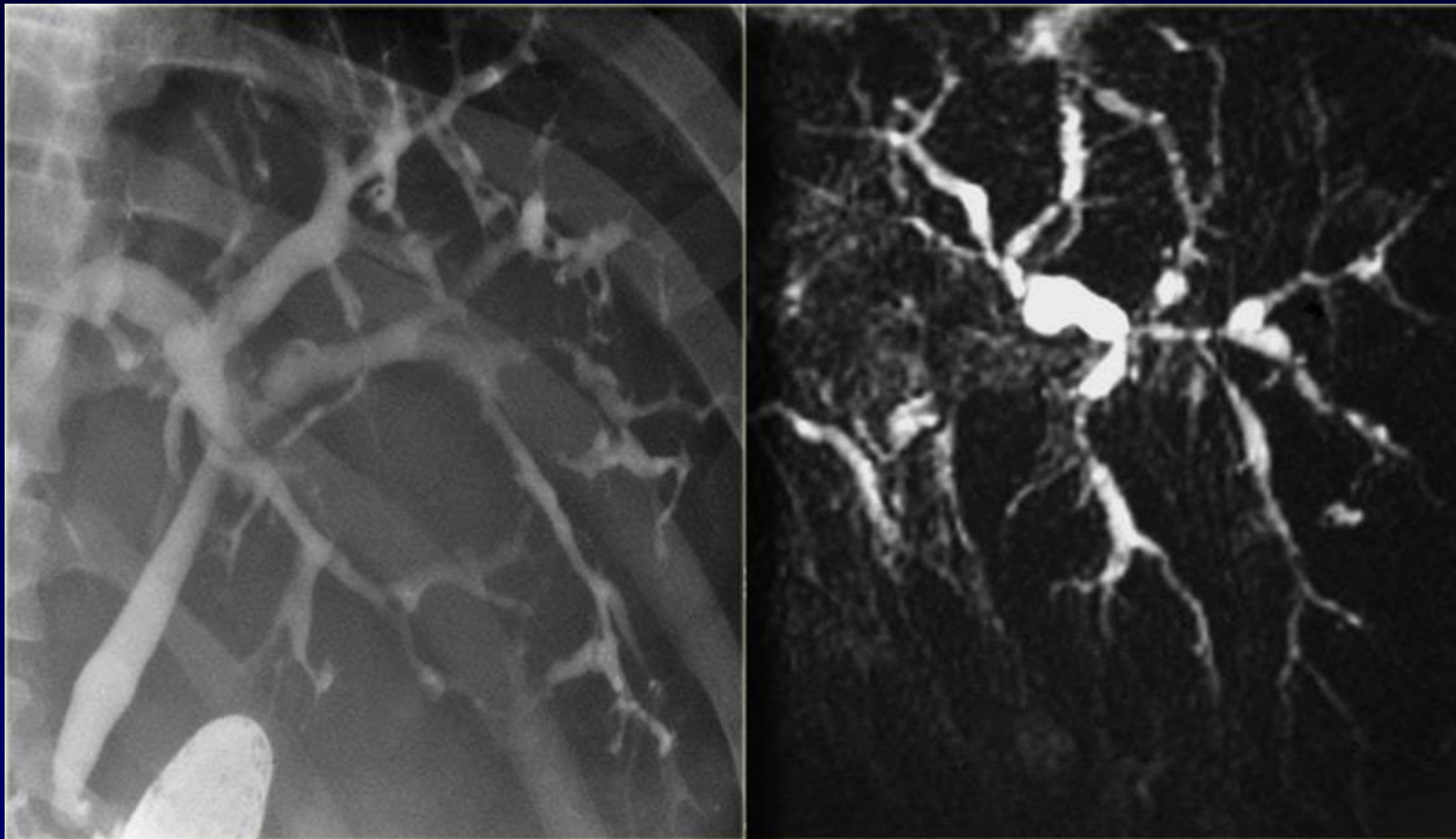
Pasma podwyższonego sygnału w mięszu wątroby w obrazach T2-zależnych wzdłuż dróg żółciowych - obraz przemawia za zmianami zapalnymi w mięszu w sąsiedztwie dróg żółciowych.

Poza tym wątroba bez wyodrębniających się zmian ogniskowych. Unaczynienie tętnicze prawego płata wątroby od t. krezkowej górnej.

Trzustka bez zmian ogniskowych. Przewód trzustkowy nieposzerzony. Śledziona powiększona do 140mm w osi długiej, bez zmian ogniskowych. W jej wnęce widoczna śledziona dodatkowa 12mm.

Pojedyncza bardzo drobna torbiel korowa 3mm w tylnej części nerki prawej, poza tym nerki, nadnercza bez zmian. **We wnęce wątroby węzły chłonne do 8mm w osi krótkiej.**

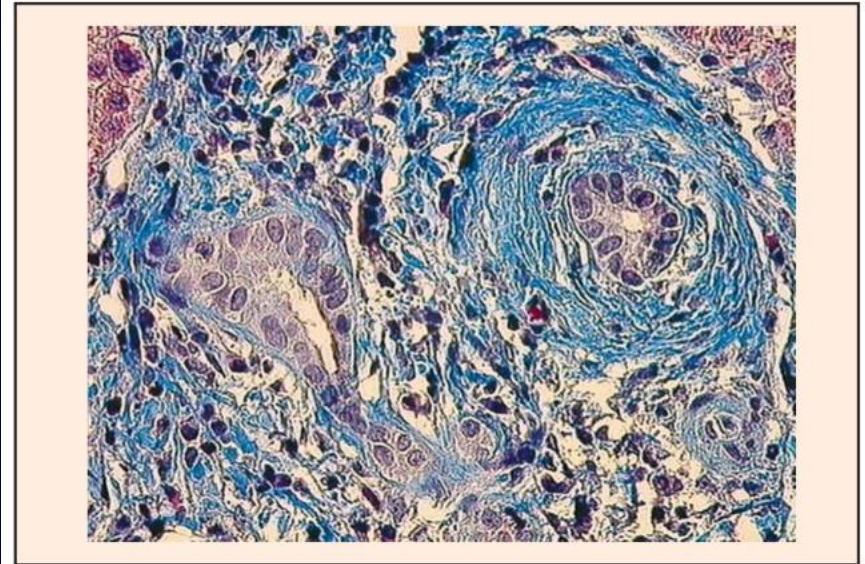
Badania obrazowe



Badania obrazowe



Rycina 1. Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW) u chorego z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych (PSC). W wewnątrz- i zewnątrzwątrobowych drogach żółciowych widoczne typowe dla PSC zmiany: nierówność ścian, odcinkowe zwężenia i poszerzenia światła przewodów



Rycina 3. Badanie histopatologiczne punktu wątroby u pacjenta z wewnątrzwątrobowym (*small duct*) PSC. Widoczne znaczne zwłóknienie wokół przewodzika żółciowego (dzięki uprzejmości doc. B. Walewskiej-Zieleckiej z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego)

Rozpoznanie

Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych
(primary sclerosing cholangitis, PSC)

PIERWOTNE STWARDNIAJĄCE ZAPALENIE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

- **Choroba autoimmunologiczna, antygen i jego źródło są nieznane.**
- **Odcinkowe zapalenie (nacieki okołoprzewodowe składające się głównie z limfocytów T) i zwężenie zewnątrzwątrobowych i/lub wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych.**
- **Związek z HLA B8 i DR3.**
- **65% pacjentów ma choroby zapalne jelit głównie colitis ulcerosa, inne schorzenia autoimmunologiczne jak zapalenie tarczycy, włóknienie śródpiersia lub zaotrzewnowe, zapalenie naczyń, zespół Sjögrena.**
- **Autoprzeciwciała pANCA w 26-85%, antygen nieznany.**
- **Zajęty może być przewód trzustkowy.**
- **Brak skutecznego leczenia.**
- **Rak dróg żółciowych 10-15%.**
- **Nawrót po OLT do 10%.**

PIERWOTNE STWARDNIAJĄCE ZAPALENIE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

Ogniskowe uszkodzenie splotu naczyniowego

Uwalnianie i przetwarzanie antygenów

Produkcja cytokin

Włóknienie
okołokanalikowe

Cholestaza

Martwica hepatocytów
okołowrotnych

Obliteracja kanalików

Włóknienie

Marskość



Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych

Tabela 1. Częstość różnych form pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (PSC) według lokalizacji zmian [4]

Lokalizacja zmian	Chorzy (%)
Zajęte całe drogi żółciowe (wewnątrz- i zewnątrzwątrobowe)	60
Zajęte tylko wewnątrzwątrobowe drogi żółciowe	25
Zajęte tylko zewnątrzwątrobowe drogi żółciowe	4
„Dominujące” zwężenia	do 35
Zmiany w przewodnikach żółciowych (niewidoczne w badaniach obrazowych)*	2–10

*Tej postaci PSC (*small duct PSC*) nie można rozpoznać za pomocą endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej ani w cholangiografii rezonansu magnetycznego. W celu rozpoznania konieczne jest badanie mikroskopowe punktu w wątroby

Tabela 2. Najczęstsze objawy w chwili rozpoznania u chorych z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych (PSC) ze zmianami w dużych* przewodach żółciowych [1]

Objawy podmiotowe	Częstość (%)	Objawy przedmiotowe	Częstość (%)
Zmęczenie	65	Żółtaczka	30–69
Świąd skóry	25–59	Powiększenie wątroby	34–62
Bóle w prawym podżebrzu	16–37	Zmniejszenie masy ciała	10–34
		Zapalenie dróg żółciowych	5–28
		Wodobrzusze	2–10
		Krwotok z żyłaków przelyku	2–14

Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych

Tabela 3. Choroby współistniejące z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych (PSC), oprócz nieswoistych zapaleń jelit [1, 24]

Zapalenie trzustki (autoimmunologiczne)	Śródmiąższowe zapalenie nerek
Cukrzyca	Toczeń układowy trzewny
Choroby tarczycy	Zapalenia naczyń
Łuszczyca	Sarkoidoza
Zapalenie wielomięśniowe	Zapalenie pęcherzyków płucnych
Choroba trzewna	Zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych
Reumatoidalne zapalenie stawów	Idiopatyczna plamica małopłytkowa
Stwardnienie rozsiane	Zgorzelinowe zapalenie skóry
Zespół Sjögrena	Zwłóknienie zaotrzewnowe
Bielactwo	

Pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych

Tabela 4. Diagnostyka różnicowa pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (PSC) [1, 12]

Wtórne stwardniające zapalenie dróg żółciowych

Kamica dróg żółciowych*
Zakażenia
Zapalenie trzustki (przewlekłe i autoimmunologiczne)
Zabiegi chirurgiczne na drogach żółciowych
Urazy jamy brzusznej
Chemoembolizacja zmian w wątrobie przez tętnicę wątrobową
Polekowe

Zmiany w drogach żółciowych w przebiegu innych chorób przypominające PSC

Autoimmunologiczne zapalenie dróg żółciowych/trzustki (zależne od IgG4)
Eozynofilowe zapalenie dróg żółciowych
Cholangiopatia w przebiegu AIDS
Niedokrwienne zapalenie dróg żółciowych
Wrodzone wady dróg żółciowych

Nowotwory

Rak dróg żółciowych*

*Może być następstwem PSC

Pacjent - postępowanie

- Endoterapia dróg żółciowych?
- Gastroduodenoskopia i EBL?
- Kolonoskopia?
- UDCA?
- OLTx?
- Kwalifikacja do OLT?
- Stała opieka ambulatoryjna?