

**XX JUBILEUSZOWE SYMPOZJUM „INTERDYSCYPLINARNE PROBLEMY CHIRURGII  
DZIECIĘCEJ”**  
**X JUBILEUSZOWA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA DLA MŁODYCH LEKARZY  
SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W CHIRURGII DZIECIĘCEJ**



**Warszawa 8-9 grudnia 2023**

*Patronat merytoryczny:*

***Fundacja Wspieramy Rozwój IP-Centrum Zdrowia Dziecka***

*Patronat naukowy*

***Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych***

*Organizator Sympozjum:*

***Invest-Druk***

**Komitet Naukowy:**

**Przewodniczący:** *Prof. dr hab. Piotr Kaliciński*  
*Prof. dr hab. Janusz Bohosiewicz*

**Członkowie:** *Dr n. med. Dorota Broniszcak*  
*Dr hab. med. Hor Ismail*  
*Dr n. med. Małgorzata Markiewicz-Kijewska*  
*Dr n. med. Marek Stefanowicz*  
*Prof. dr hab. Marek Szymczak*

**Komitet Organizacyjny:**

*Prof. dr hab. Piotr Kaliciński*  
*Dr n. med. Dorota Broniszcak*  
*Dr hab. med. Hor Ismail*  
*Dr n. med. Adam Kowalski*  
*Dr n. med. Małgorzata Markiewicz-Kijewska*  
*Prof. dr hab. Marek Szymczak*  
*Ewa Wojkowska*  
*Elżbieta Wojciechowska*  
*Małgorzata Zygałło*

**Miejsce obrad:** *Centrum Konferencyjno-Szkoleniowe Hotel Boss,  
Warszawa-Miedzeszyn, ul. Żwanowiecka 20*

# GŁÓWNY SPONSOR



## SPONSOR



Wydarzenie:

**XX JUBILEUSZOWE SYMPOZJUM  
„INTERDYSCYPLINARNE PROBLEMY CHIRURGII  
DZIECIĘCEJ” X JUBILEUSZOWA KONFERENCJA  
NAUKOWO-SZKOLENIOWA DLA MŁODYCH  
LEKARZY SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W CHIRURGII**

Odbywające się w: Warszawa  
W dniach: 8 - 9 grudnia, 2023

spełnia standardy etyczne wynikające  
z Kodeksu Dobrych Praktyk INFARMA

Dyrektor Generalny INFARMA  
Michał Byliński



Związek Pracodawców INFARMA reprezentuje 24 działających w Polsce wiodących firm sektora farmaceutycznego, prowadzących działalność badawczo-rozwojową i produkujących leki innowacyjne. INFARMA jest członkiem międzynarodowych organizacji zrzeszających innowacyjną branżę farmaceutyczną (EFPIA), a także Pracodawców RP oraz Krajowej Izby Gospodarczej.

Warszawa, 17 października, 2023  
Certyfikat nr 1092

Wydarzenie

**XX Jubileuszowe Sympozjum  
„Interdyscyplinarne Problemy Chirurgii  
Dziecięcej i X Jubileuszowa Konferencja  
Naukowo-szkoleniowa dla Młodych Lekarzy  
Specjalizujących się w Chirurgii Dziecięcej**

Warszawa  
8-9 grudnia, 2023

spełnia standardy etyczne  
Kodeksów Etyki Izby POLMED i MedTech Polska



Sprawdź wynik certyfikacji <https://sowe.org.pl/1092>

# STRESZCZENIA

8.12.2023 Sesja I.

<b>Tytuł:</b>	<b>Wybrane aspekty leczenia chirurgicznego pacjentek z wadą stekową operowanych w Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie</b>		
<b>Autorzy:</b>	D. Alhashlamoun, , K. Ławniczek, D. Mydlak, M. Jaradat, M. Szelemetko A. Kowal, J. Jasiński K. Żak, E. Sawicka		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka <a href="mailto:monszelemetko@imid.med.pl">monszelemetko@imid.med.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem pracy jest przedstawienie wybranych problemów leczenia wad stekowych na podstawie 31-letnich doświadczeń Kliniki Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. W latach 1990-2021 w Klinice Chirurgii Dzieci leczono 24 dziewczynki z przetrwałym stekiem. W pracy przeanalizowano wysokość wady, zaburzenia związane z wadą podstawową, wady towarzyszące (związane z innymi układami), obecność wad kości krzyżowej lub wad rdzenia kręgowego. Oceniono rodzaj pierwotnej interwencji chirurgicznej oraz wiek dziecka podczas operacji, dostęp operacyjny podczas operacji zasadniczej i wieku pacjentek. Zwrócono również uwagę na wybrane problemy diagnostyczno-lecznicze oraz ewentualne powikłania leczenia. Wady stekowe są najcięższą postacią wad końcowego odcinka przewodu pokarmowego u dziewczynek, ponieważ operacja zasadnicza obejmuje równocześnie trzy układy: moczowy, płciowy i pokarmowy. Najczęstsze błędy dotyczą pierwotnych operacji dzieci z wadą polegające na wyłonieniu przetoki jelitowej zbyt nisko w stosunku do wysokości wady oraz braku odbarczenia torbieli zastoinowej pochwy. Podczas operacji zasadniczej błędem jest rekonstrukcja ograniczona wyłącznie do układu pokarmowego. Każda pacjentka z wadą stekową przed, podczas, jak i po zakończeniu leczenia chirurgicznego wymaga stałego monitorowania układu moczowego pod kątem innych następstw wady, tj. np. neurogenne zaburzenia mikcji. Wyniki czynnościowe po operacji przetrwałego steku są uzależnione nie tylko od wysokości wady, ale przede wszystkim od towarzyszących zaburzeń rozwojowych kości krzyżowej i końcowego odcinka przewodu pokarmowego.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Przetoka Macedo jako alternatywna metoda, gdy przetoka Mitrofanoffa jest ryzykowna lub niemożliwa do wykonania. Opis czterech nietypowych pacjentów</b>		
<b>Autorzy:</b>	Agnieszka Wiernik, Grzegorz Kudela, Tomasz Koszutski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Katedry Chirurgii Dziecięcej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. <a href="mailto:Agnieszka.wiernik@sum.edu.pl">Agnieszka.wiernik@sum.edu.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wprowadzenie: Przetoka Macedo do cewnikowania pęcherza, wytwarzana z fragmentu jelita służącego do augmentacji pęcherza, jest obiecującą alternatywą dla przetoki Mitrofanoffa, zwłaszcza dla pacjentów z małym pęcherzem moczowym. Celem pracy jest podkreślenie korzyści ze stosowania techniki Macedo na przykładzie czterech pacjentów wymagających wytworzenia przetok ułatwiających cewnikowanie z jednoczesną augmentacją pęcherza.</p> <p>Opis przypadków: U wszystkich pacjentów, na skutek różnych problemów klinicznych, stwierdzono małe objętości pęcherza moczowego i brak możliwości skutecznego cewnikowania pęcherza przez cewkę moczową. U pierwszego pacjenta, przyczyną małego pęcherza było zajęcie dróg moczowych zmianami typu epidermolysis bullosa oraz vesicostomia, wytworzona w okresie niemowlęcym z powodu całkowitego zarośnięcia cewki moczowej. W 15. roku życia wykonano augmentację pęcherza wraz z przetoką Macedo, dzięki czemu uniknięto mechanicznego drażnienia błony śluzowej dróg moczowych cewnikiem, co w przypadku przetoki Mitrofanoffa mogłoby skutkować zarośnięciem zespolenia wyrostkowo-pęcherzowego. Dzięki zastosowaniu techniki Macedo cewnik miał kontakt jedynie z jelitową częścią augmentowanego pęcherza. U drugiego pacjenta (z zespołem wad mnogich), mała pojemność pęcherza była skutkiem złożonej wady dróg moczowych, m.in. zwężenia proksymalnego odcinka cewki i olbrzymiej cewki dystalnej z brakiem ciał jamistych. Taka budowa prącia i cewki uniemożliwiała skuteczne cewnikowanie pęcherza. W okresie niemowlęcym wytworzono vesicostomię a w 6 roku życia wykonano augmentację pęcherza z przetoką Macedo. Trzecia pacjentka w okresie niemowlęcym miała wytworzoną vesicostomię z powodu obustronnej ektopii moczowodów skutkującej ich znacznym poszerzeniem. W 15. roku życia wykonano augmentację pęcherza z przetoką Macedo. U czwartego pacjenta, który wymagał augmentacji i przetoki do cewnikowania śródoperacyjnie stwierdzono wysoko ułożoną, nieruchomą kątnicę z praktycznie niedostępnym wyrostkiem robaczkowym, Przetoka Macedo była jedynym wyborem w tej sytuacji. U wszystkich pacjentów uzyskano szczelne, łatwe do cewnikowania przetoki i adekwatne objętości pęcherza.</p> <p>Wnioski: Przetoka Macedo jest stosunkowo prostą metodą jednoczesnego powiększenia pęcherza i wytworzenia przetoki do cewnikowania pęcherza, szczególnie w sytuacji, gdy wyrostek robaczkowy jest trudno dostępny lub gdy zespolenie wyrostka z pęcherzem może być ryzykowane.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Małoinwazyjne zabiegi oszczędzające jajnik w leczeniu łagodnych zmian jajnikowych u pacjentek pediatrycznych – analiza retrospektywna</b>		
<b>Autorzy:</b>	Aneta Piotrowska-Gall, Agnieszka Strzelecka, Joanna Wróbel, Aleksandra Salamon, Sławka Urbaniak-Wąsik, Piotr Cierniak, Łukasz Władyszewski, Maciej Lewandowski, Ilona Piotrowska, Przemysław Wolak		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii; Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach <a href="mailto:aneta.piotrowska@ujk.edu.pl">aneta.piotrowska@ujk.edu.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp</p> <p>Celem naszej pracy jest ocena wyników u dziewcząt poniżej 18 roku życia, które przeszły miały wykonaną laparoskopową operację oszczędzającą jajnik między grudniem 2013 a listopadem 2022 w naszej instytucji.</p> <p>Materiał i metody</p> <p>Przeprowadziliśmy retrospektywną analizę danych 82 pacjentek, które przeszły OSS z powodu zmian jajnika. Decyzję o wykonaniu OSS podjęto na podstawie badań diagnostycznych, które sugerowały łagodny charakter zmiany.</p> <p>Wyniki</p> <p>Spośród 82 badanych pacjentek, 78 miało zmiany jednostronne, a 4 miały synchroniczne zmiany obustronne. Średnia wieku wynosiła 14 lat. Większość (n=62) operacji przeprowadzono laparoskopowo, pozostałe (n=20) wymagały konwersji do operacji otwartej z powodu takich czynników, jak nierozróżnialne krawędzie i duży rozmiar zmiany. Zidentyfikowano 8 przypadków skrętu jajnika. Badanie histologiczne preparatów wykazało w 46 przypadkach potworniak jajnika, w dwóch guzy komórek ziarnistych, 15-tu to cystadenomy, a 23 torbiele funkcjonalne. W badanej serii nie stwierdzono powikłań śródoperacyjnych. Zaobserwowano dwa nawroty u pacjentek, które początkowo były leczone z powodu obustronnych potworniaków jajnika. Jedna pacjentka rozwinęła ropień miednicy mniejszej. Dodatkowo, u trzech pacjentek stwierdzono metachroniczne guzy jajnika. U pacjentek monitorowanych za pomocą obrazowania ultrasonograficznego, żywotny jajnik był widoczny w 83,6% przypadków (61 z 73).</p> <p>Wnioski</p> <p>Laparoskopowe operacje oszczędzające jajnik (OSS) są bezpiecznym i skutecznym podejściem w leczeniu łagodnych. Nasze wyniki potwierdzają skuteczność laparoskopowej OSS w zachowaniu funkcji jajnika i zapewnieniu korzyści klinicznych u pacjentek z łagodnymi zmianami jajnikowymi. Zalecane są regularne kontrole ultrasonograficzne w celu wykluczenia metachronicznych zmian lub nawrotu.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Torbiele jajników u noworodków i niemowląt– zasady kwalifikacji do leczenia operacyjnego oraz wyniki leczenia w materiale Kliniki Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMiD w latach 2000-2023</b>		
<b>Autorzy:</b>	Maria Boczar, Magdalena Dąbrowska, Ewa Sawicka		
<b>Ośrodek:</b>	Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka		
<b>E-mail:</b>	magdabrowska@imid.med.pl		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023</b>	<b>X</b>	<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowa 10 grudnia 2022</b>	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Torbiele jajnika u płodu powstają w III trymestrze ciąży pod wpływem hormonów matczynych, łożyskowych i płodowych. W naturalnym rozwoju torbiele jajnika mogą samoistnie zaniknąć, utrzymywać się, powiększać się, może dojść do ich skrętu. <b>Cel pracy:</b> analiza obrazu klinicznego, obrazu Usg, zastosowanego postępowania oraz wyników leczenia noworodków i niemowląt operowanych z powodu torbieli jajnika. <b>Materiał:</b> 67 dziewczynek z torbielami jajnika, leczonych operacyjnie w latach 2000-2023 w Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMiD.</p> <p><b>Wyniki:</b> Wśród 67 dzieci z torbielami jajnika, u 62 (92.5%) rozpoznanie postawiono prenatalnie. 36 dzieci urodziło się siłami natury (53.7%), 31 drogą cięcia cesarskiego (46.3%), w 12 przypadkach wielkość torbieli była wskazaniem do CC. U żadnego dziecka nie było obj ostrego brzucha; u 1 stwierdzono prenatalnie wodobrzusze. Wskazania do operacji stanowiły: wielkość guza (śr &gt; 50 mm) – u 28 dzieci; niejednorodna echogeniczność/elementy lite w torbieli – u 23, brak zmniejszania się / wzrost torbieli lub zmiana echogeniczności/pojawienie się poziomów płynu – u 25. Torbiele dotyczyły prawego jajnika u 36, lewego- u 31 chorych. Średni wymiar torbieli wynosił 53 mm. 37 dzieci operowano w 1 tygodniu życia, w 2-4 tygodniu -17, w wieku niemowlęcym 13. Śródoperacyjnie stwierdzono torbiel prostą u 14, czekoladową u 17, skręconą/ martwiczą u 36, do samoamputacji torbieli doszło u 5 pacjentek. U 10 dzieci resekowano wyłącznie torbiel (laparoskopowo u 2), u 57 usunięto torbiel z zanikowym jajnikiem i jajowodem (laparoskopowo u 7). W badaniu hist.pat. u 53,7% potwierdzono martwicę torbieli bez obecności prawidłowej tkanki jajnikowej, a u 10% stwierdzono obecność zanikowej kory jajnika. Okres obserwacji wynosi 4 mies -18 lat. W kontrolnych badaniach Usg u żadnej dziewczynki nie zaobserwowano pojawienia się zmian torbielowatym w drugim jajniku. Średnia wartość AFP u pacjentek wynosiła przedoperacyjnie 44010,4 IU/ml, po 3 mies 228,9, po 12 mies 17,6 IU/ml. W ciągu roku u wszystkich pacjentek obserwowano spadek wartości AFP, u większości do wartości prawidłowych. <b>Wnioski:</b> 1. Wskazaniem do leczenia operacyjnego torbieli jajnika u noworodków i niemowląt są: średnica guza &gt; 50 mm, obecność niejednorodnych elementów litych w obrębie torbieli, brak zmniejszania się/wzrost torbieli, zmiana obrazu torbieli w badaniu Usg. 2. W większości przypadków podczas operacji stwierdza się różnego stopnia zmiany krwotoczno-martwicze uniemożliwiające postępowanie oszczędzające. Nawet w przypadkach bez obserwowanej śródoperacyjnie martwicy, w badaniu hist-pat nie stwierdza się zwykle obecności tkanki jajnikowej.</p>		



<b>Tytuł:</b>	<b>Czy gonadektomia u dziewcząt z zespołem Turnera i chromosomem Y jest nadal postępowaniem z wyboru w profilaktyce nowotworowej?</b>		
<b>Autorzy:</b>	Ewa Jambor, Agnieszka Wiernik, Ewa Błaszczuk, Aneta Gawlik, Tomasz Koszutski, Grzegorz Kudela		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	<b>Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II w Katowicach.</b> <a href="mailto:ewa.jambor29@gmail.com">ewa.jambor29@gmail.com</a> <a href="mailto:chirurgia@gczd.katowice.pl">chirurgia@gczd.katowice.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	<b>x</b>
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wprowadzenie: Kariotyp 45,X występuje u ok. 45% dziewcząt z zespołem Turnera; w pozostałych przypadkach występuje kariotyp mozaikowy – w tym &gt; 10 % z chromosomem Y lub fragmentem chromosomu Y. W takich przypadkach, z powodu dużego ryzyka rozwoju gonadoblastoma i innych guzów germinalnych, zalecana jest profilaktyczna gonadektomia. Niemniej jednak, istnieją publikacje dotyczące donoszonych ciąży u pacjentek z zespołem Turnera i mozaikowym kariotypem zarówno 45,X/46,XX jak i 45,X/46,XY, dlatego rodzą się wątpliwości, czy nadal należy wykonywać gonadektomie w wariantach wady z chromosomem Y.</p> <p>Materiał i metody: Analiza materiału własnego obejmującego 13 pacjentek z Zespołem Turnera z kariotypem mozaikowym 45X/46XY leczonych w latach 2001 – 2020 oraz przegląd piśmiennictwa dotyczący potencjału rozrodczego i ryzyka rozwoju nowotworu w zespole Turnera.</p> <p>Wyniki: U dwunastu pacjentek przeprowadzono zabieg laparoskopowego usunięcia gonad. U dwóch pacjentek badania histopatologiczne potwierdziły obecność gonadoblastoma (u jednej obustronnie). Rodzice jednej pacjentki nie wyrazili zgody na operację, pomimo poinformowania o możliwych konsekwencjach. Dokonując przeglądu piśmiennictwa dotyczącego zespołu Turnera z mozaikowym kariotypem, wyizolowano rzadkie doniesienia o ciążach, ze znacznym odsetkiem powikłań prowadzących do poronień, a jedynie w pojedynczych przypadkach zakończonych porodem. Z drugiej strony ryzyko wystąpienia gonadoblastoma wynosi według różnych autorów 15-30%.</p> <p>Wnioski: Duże ryzyko rozwoju nowotworów dysgenetycznych gonad w zespole Turnera z mozaikowym kariotypem zawierającym chromosom Y lub jego fragment, przewyższające potencjalne szanse niepowikłane donoszenie ciąży skłania nas do wyciągnięcia wniosku, że profilaktyczna gonadektomia powinna nadal pozostawać postępowaniem z wyboru.</p> <p>Niemniej jednak, szanując prawo do autonomii pacjenta, ostateczną decyzję podejmują opiekunowie prawni, po rzetelnym poinformowaniu o korzyściach i wadach zabiegu.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Skრეტ przydatków u dzieci jako klinicznie istotny stan nagły, nie tylko u miesiączkujących dziewcząt</b>		
<b>Autorzy:</b>	Dajana Danielewicz, Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Przemysław Mańkowski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu danielewicz.dajana@gmail.com		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>WstęP: Skრეტ przydatków jest jednym z najczęstszych, nagłym stanem ginekologicznym u dziewcząt i kobiet. Brak specyficznych objawów może spowodować, że prawidłowe rozpoznanie zostanie omyłkowo pominięte. Dlatego też tak istotne jest aby podczas procesu diagnostycznego wszyscy chirurdzy dziecięcy uwzględniali skręt przydatków w różnicowaniu dolegliwości bólowych brzucha u dziewcząt. Kluczową kwestią jest wczesna interwencja chirurgiczna metodą laparoskopową celem zachowania funkcji gonady i przyszłej płodności. Celem pracy była analiza i porównanie pacjentów ze skrętem przydatków w okresie przed- i po menarchalnym.</p> <p>Materiał i metody: Badanie było retrospektywną analizą dokumentacji medycznej 58 dziewcząt w wieku od 7 dni do 17 lat. Analizie poddano następujące dane: wiek w momencie operacji, wystąpienie pierwszej miesiączki, wyniki badań laboratoryjnych z uwzględnieniem markerów nowotworowych, wynik wykonanego badania obrazowego, średnią objętość skręconego jajnika, rodzaj leczenia operacyjnego, czas wykonania fiksacji jajnika, wady anatomiczne przydatków, zmiany patologiczne, objawy przy przyjęciu, medianę punktacji w skali bólu oraz przebieg hospitalizacji.</p> <p>Wyniki: Trzydziestu trzech pacjentów zakwalifikowano do grupy dziewcząt niemiesiączkujących. Stwierdzono istotne różnice w objętości jajnika uwidocznionej w badaniu ultrasonograficznym u dziewcząt niemiesiączkujących i miesiączkujących. Najczęstszym objawem u leczonych pacjentek był ból, rzadziej u pacjentów występowały nudności lub wymioty. Na przestrzeni lat obserwowano tendencję zarówno do częstszego wykonywania laparoskopii, jak i zachowania jajnika po skręcie.</p> <p>Wnioski: Diagnostyka różnicowa w przypadku bólu brzucha powinna uwzględniać skręcenie przydatków zarówno u dziewcząt niemiesiączkujących, jak i miesiączkujących.</p> <p>Badanie ultrasonograficzne odgrywa niezwykle ważną rolę w diagnostyce różnicowej bólu brzucha u dziewcząt. Laparoscopia jest metodą z wyboru w przypadku podejrzenia skrętu jajnika.</p>		

## 8.12.2023 Sesja II.

<b>Tytuł:</b>	<b>Leczenie torbieli pilonidalnych metoda endoskopową u dzieci – doświadczenia własne</b>		
<b>Autorzy:</b>	Anna Fedorowicz, M.Pasierbek, Wojciech Korlacki		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. S.Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrze e-mail: annaewafedorowicz@gmail.com		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp: W ostatnim czasie coraz szerzej omawiane są wyniki leczenia torbieli pilonidalnych z zastosowaniem metod małoinwazyjnych. PEPSiT (Pediatric Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) jest jedną z nowoczesnych metod leczenia torbieli pilonidalnych, odznaczającą się krótkim czasem hospitalizacji, niewielkimi dolegliwościami bólowymi oraz szybkim powrotem pacjenta do codziennej aktywności, co wydaje się mieć szczególne znaczenie w grupie pediatrycznej.</p> <p>Metoda: Przedstawiamy wyniki leczenia 20 pacjentów, u których wykonano zabieg endoskopowego leczenia torbieli pilonidalnej metodą PEPSiT. Zabiegi przeprowadzono od grudnia 2022 do listopada 2023 roku. Ocenie poddano czas trwania zabiegu, czas hospitalizacji, dolegliwości bólowe w okresie około i pozabiegowym, czas gojenia rany oraz ewentualne powikłania.</p> <p>Podsumowanie: wstępne wyniki endoskopowego leczenia torbieli pilonidalnych wydają się obiecujące, jednak niezbędne są dalsze obserwacje długoterminowych wyników leczenia.</p>		

Tytuł:	<b>Wrodzone wady odbytu- analiza wyników leczenia pacjentów Kliniki Chirurgii Dziecięcej Instytutu Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka. Doniesienie wstępne</b>		
Autorzy:	E. Leśniewska-Schittko, A. Mikołajczyk, P. Kaliciński		
Ośrodek:	e.lesniewska@ipczd.pl		
XX Symposium Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe	
Streszczenie:	<p>Wrodzone wady odbytu (ARM) obejmują zróżnicowane malformacje, stwarzając kompleksowe wyzwania, które wymagają dogłębnej analizy i spersonalizowanych interwencji. Celem badania jest ocena wyników leczenia pacjentów z atrezią odbytu leczonych w Instytucie Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka ze szczególnym uwzględnieniem techniki ASARP.</p> <p>Badaniem objęto pacjentów pediatrycznych będących pod opieką IPCZD w okresie od 2005 do 2023 roku. Analizie poddano dane demograficzne pacjentów, rodzaj wady, długość okresu obserwacji, przebieg choroby, rodzaj zastosowanego leczenia oraz przebieg pooperacyjny. Wyniki leczenia oceniono po ukończeniu 5 roku życia, stosując skale Rintala oraz Holschneidera. Pacjentów przeanalizowano w dwóch grupach, z uwzględnieniem podziału na wady niskie oraz wysokie, zgodnie z klasyfikacją Pena.</p> <p>Badaniu poddano 179 pacjentów, w tym 77 dziewczynki. U 57 pacjentów występowały współistniejące wady wrodzone, najczęściej wady serca, zarośnięcia przełyku i wady nerek. Ze względu na różne czynniki, takie jak niepełny okres obserwacji, dyskwalifikacja z operacji rekonstrukcyjnej, operacje pierwotnie przeprowadzone poza ośrodkiem, zgon z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej w okresie niemowlęcym oraz współistniejące choroby uzwojenia jelita, wykluczono 69 dzieci. Wysokie wady w postaci kłoki również zostały wyłączone z analizy ze względu na wielospecjalistyczne interwencje. Wiek dzieci w chwili operacji wahał się od 1 doby do 4 roku życia. Mediana okresu obserwacji wyniosła 10 lat. Zdecydowana większość pacjentów została zoperowana z dostępu strzałkowego przedniego (65%). W ocenie odległej u 63% pacjentów występowały problemy związane z zaparciami, a 21% doświadczało brudzenia z przepełnienia lub nietrzymania stolca. Wyniki leczenia w wybranych skalach oceny były gorsze w grupie wad wysokich (Mediana = 16 vs. 11 w skali Rintala, Mediana = 12 vs. 8 w skali Holschneidera), a powikłania pooperacyjne były częstsze (42%). Większość pacjentów reagowała pozytywnie na leczenie zachowawcze, choć część z nich wymagała zastosowania kolostomii lub przetoki Malone'a (8%).</p> <p>Podsumowując, pacjenci z wrodzonymi anomaliami anorektalnymi stanowią heterogeniczną grupę, gdzie wyniki leczenia zależą od rodzaju wady, współistniejących chorób, a przebieg pooperacyjny często wiąże się z poziomem współpracy pacjenta i rodzica z lekarzem.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Prezentacja dwóch przypadków ciężkich powikłań choroby Hirschsprunga po zakończonym leczeniu chirurgicznym</b>		
<b>Autorzy:</b>	Jakub Jasiński, Kaja Ławniczek, Ewa Sawicka		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa <a href="mailto:jakub.jasinski@imid.med.pl">jakub.jasinski@imid.med.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	<b>X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem pracy jest przedstawienie dwóch przypadków pacjentów z ciężkimi powikłaniami choroby Hirschsprunga po zakończonym leczeniu chirurgicznym.</p> <p>Pierwszy przypadek – pięcioletnia dziewczynka, która trafiła w ciężkim stanie do IP IMiD miesiąc po operacji zamknięcia odbytu sztucznego. W trakcie pobytu rozpoznano HAEC – Hirschsprung-associated enterocolitis.</p> <p>Drugi przypadek – dwuletni chłopiec, u którego doszło do wgnębienia jelit kilka cm za wyłonionym odbytem sztucznym 6 dni po operacji zasadniczej met. Duhamel.</p> <p>Dodatkowo miesiąc po zamknięciu odbytu sztucznego doszło do krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, które zostało zaopatrzone w trybie pilnym na bloku IMiD.</p> <p>Oba przypadki pokazują, jak nieprzewidywalny może być przebieg choroby nawet po zakończeniu leczenia chirurgicznego oraz jak istotny jest nadzór na każdym etapie postępowania z pacjentami z chorobą Hirschsprunga.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Ocena problemów diagnostyczno-terapeutycznych z zakresu chirurgii kolorektalnej u pacjentów leczonych pierwotnie w innych ośrodkach</b>		
<b>Autorzy:</b>	Kacper Kroczek, Krzysztof Dymek, Dominika Skinder, Przemysław Gałązka		
<b>Ośrodek: e-mail:</b>	Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, CM UMK Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Chirurgia kolorektalna dzieci obejmuje spektrum jednostek chorobowych o przewlekłym przebiegu. Oceniono problemy diagnostyczno-terapeutyczne pacjentów pierwotnie leczonych w innych ośrodkach chirurgii dziecięcej w Polsce. <b>Materiały i metody</b> Przeprowadzono analizę retrospektywną 11 przypadków pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2023, pierwotnie leczonych w innych ośrodkach chirurgii dziecięcej. Było to 8 pacjentów z ch. Hirschsprunga, 2 pacjentów z zaparciami przewlekłymi oraz 1 pacjent z wrodzoną wadą odbytu. Problemy podzielono na 2 grupy – występujące przed operacją radykalną oraz pooperacyjne. <b>Wyniki - Problemy przedoperacyjne</b> U 3 dzieci z rozpoznaną ch. Hirschsprunga, występowały problemy w zakresie diagnostyki histopat. U 2 pacjentów w ośrodkach macierzystych wykonywano ponowne biopsje odbytnicy bez rozpoznania. Średni wiek pacjentów w momencie rozpoznania choroby wyniósł 4,5 lat. Po biopsji odbytnicy i weryfikacji wycinków w ośrodku referencyjnym (CZD) – zakwalifikowano do op. radykalnej metodą Duhamela-Martina. <b>Problemy pooperacyjne</b> 3 pacjentów z ch H po op. radykalnej metodą TEPT (śr. wiek -3 lata 4 m) obserwowano pooperacyjne cechy retencji stolca I radiologiczne cechy ektazji j. grubego. Brak współpracy z dzieckiem w leczeniu zaporć potwierdzono opinią psychologa klinicznego. U 3 dzieci wyłoniono odbarczającą ileostomię. Po ok. 2 latach i poprawie współpracy z dzieckiem, wykonano reoperację metodą Duhamela-Martina w 2 przypadkach. U 1 dziecka z nawrotowym zwężeniem zespolenia koloanalnego wykonano resekcję zwężenia z dostępu PSARP. Aktualnie wszyscy pacjenci po odtworzeniu ciągłości p. pok. pozostają bez dolegliwości. U 4-l chłopca po 2-krotnej operacji radykalnej m. Duhamela-Martina i wielokrotnych laparotomiach z powodu niedrożności zrostowej i nawrotowych enterocolitis, nie obserwowano poprawy po ostrzykiwaniu zwieraczy toksyną botulinową w ośrodku macierzystym. Stwierdziliśmy nietolerancją laktozy i fruktozy z cechami zespołu rozrostu bakteryjnego. Obecne były manometryczne cechy hipertonii zwieraczowej. Po 2-krotnym ostrzyknięciu IAS toksyną botulinową i leczeniu ryfaksyminą oraz dietą eliminacyjną– uzyskano ustąpienie dolegliwości. U pacjentki 4 l z ch. H i ataksją mózdkowo-rdzeniową po op. metodą Swensona z ciężkimi zaparciami wyłoniono kolostomię końcową. U 2 dzieci z zaparciami przewlekłymi i prawidłowym uzwojeniem jelita po okresie obserwacji wyłoniono przetokę odbarczającą (śr. wiek 9,5rż). U wszystkich potwierdzono radiologiczne cechy ektazji j. grubego, a u 12-l dziewczynki stwierdzono w defekografii anismus i rectocele przednie. Dzieci zakwalifikowano do operacji m. Duhamela-Martina z resekcją poszerzonego odcinka jelita grubego. U 1 pacjentki 4-l z wrodzoną atrezią odbytu bez przetoki, po etapowym leczeniu z anorektoplastyką i dwukrotnej resekcji zwężenia zespolenia koloanalnego oraz zaparciami i brakiem współpracy wykonano resekcję zwężonego odcinka z dostępu PSARP pod osłoną kolostomii. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego odroczone do czasu poprawy współpracy z dzieckiem, nie obserwuje się zwężenia zespolenia koloanalnego. <b>Dyskusja</b> Coraz więcej badań pozwala chirurgom dziecięcym na rozpoznawanie i leczenie problemów czynnościowych w zakresie wypróżnień. Większość problemów może być skutecznie leczona zachowawczo lub z wykorzystaniem miejscowych interwencji chirurgicznych, jednak w niektórych przypadkach należy rozważyć wyłonienie czasowej przetoki jelitowej celem poprawy jakości życia pacjentów. Mimo wykonanej prawidłowo technicznie operacji, występuje grupa pacjentów mających zaburzenia czynnościowe jelita grubego lub schorzenia wymagające opieki wielospecjalistycznej.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Implementacja pediatrycznego protokołu ERAS u dzieci poddawanych operacji zamknięcia stomii jelitowej – doniesienie wstępne z badania wielośrodkowego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Michał Pasierbek, Anna Modrzyk, Wojciech Korlacki		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii w Zabrze <a href="mailto:Michal.pasierbek@sum.edu.pl">Michal.pasierbek@sum.edu.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem pracy jest przedstawienie wstępnych wyników z badania wielośrodkowego na temat wdrożenia pediatrycznego protokołu ERAS u pacjentów poddawanych operacji zamknięcia stomii jelitowej. Materiał i metody: W badaniu od początku 2021 roku bierze udział 6 śródków klinicznych - z Gdańska, Kielc, Krakowa, Rzeszowa, Wrocławia i Zabrze. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 53/2020) przy Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach Collegium Medicum. Do badania włączane są dzieci do 18 r.ż. poddawane operacji zamknięcia stomii jelitowej hospitalizowane w oddziałach chirurgii dziecięcej. Wykluczane są dzieci na całkowitym żywieniu pozajelitowym i przebywające w innych oddziałach. Pacjenci przez okres okołoperacyjny przeprowadzani są wg 22-punktowego Pediatrycznego Protokołu ERAS w modyfikacji własnej. W grupie badanej znalazło się 174 dzieci w wieku od 1 miesiąca do 17 lat i 11 mies; 115 (66,09%) dzieci leczonych przed wprowadzeniem protokołu ERAS (grupa pre-ERAS), natomiast 59 (33,91%) dzieci było leczonych po wprowadzeniu tego protokołu (grupa ERAS). Wyniki: Czyszczenie osmotyczne jelit przed zabiegiem operacyjnym zredukowano z 41,7% w grupie pre-ERAS do 0% w grupie ERAS. Odsetek wykluczenia głodzenia przedoperacyjnego z 20,9% wzrósł do 98,3% w okresie ERAS. Zastosowanie blokad regionalnych analogicznie wzrosło z 21,8% do 96,7%. Nie stosowaną w okresie pre-ERAS zasadę „zero fluid balance” zachowano w 83,6% przypadków w grupie pacjentów poddanych protokołowi. Stosowanie żywienia pozajelitowego zredukowano z 64,6% w okresie pre-ERAS do 20,7% w grupie ERAS. Analogicznie stosowania po operacji sondy dożołądkowej zmniejszyły się z 56,6% do 10,2%. Cewnik moczowy usuwano zamiast w drugiej dobie w okresie pre-ERAS do 0 doby dla grupy ERAS. Czas trwania żywienia pozajelitowego zredukowano z 4 do 0 dni pooperacyjnych. Karmienie doustne rozpoczynano w zerowej dobie pooperacyjnej (mediana) u pacjentów grupy ERAS wobec 4 doby pooperacyjnej w grupie pre-ERAS, natomiast pełną tolerancję żywienia doustnego uzyskiwano analogicznie w 3 i 5 dobie pooperacyjnej (mediana). Pierwszy stolec w okresie pooperacyjnym obserwowano w 2 dobie pooperacyjnej (mediana) u pacjentów operowanych w protokole ERAS w stosunku do 3 doby (mediana) w grupie pre-ERAS. Mediana dla czasu hospitalizacji wyniosła 8 dni w grupie ERAS a 9 dni w grupie pre-ERAS. Analogicznie pozabiegowa doba wypisu do domu wyniosła 8 i 7 dni (mediana).</p> <p>Wnioski: Protokół ERAS jest możliwy i bezpieczny do wprowadzenia w populacji pediatrycznej. Implementacja Pediatrycznego Protokołu ERAS przyniosła istotne statystycznie i wymierne klinicznie korzyści dla pacjentów, u których odtwarzano ciągłość przewodu pokarmowego.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>FEEding Distal Intestine – odżywianie przetoki śluzowej. Propozycja randomizowanego badania wieloośrodkowego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Joanna Godlewska. Karolina Tokarska. Apolonia Miążek. Wojciech Górecki		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dzieci CMUJ Kraków <a href="mailto:joanna.godlewska@gmail.com">joanna.godlewska@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wyłonienie stomii na jelicie cienkim, często konieczne w przebiegu leczenia schorzeń chirurgicznych jamy brzusznej noworodków i niemowląt, wiąże się z zaburzeniem gospodarki wodno-elektrolitowej, zaburzeniem wchłaniania, często z rozwojem zespołu krótkiego jelita i koniecznością żywienia pozajelitowego. Jedną z metod ograniczenia powyższych ujemnych efektów jest odżywianie przetoki śluzowej, czyli aktywny transfer treści z worka stomijnego do dalszej lufy ileostomii. W 2023 roku opublikowano przegląd statystyczny z metaanalizą dostępnych badań naukowych, wykazującą istotne korzyści opisanej procedury. Dostępne dane pochodzą jednak z badań obserwacyjnych, mających niską wartość dowodową. Istnieje zapotrzebowanie na randomizowane badania kliniczne oceniające bezpieczeństwo i skuteczność odżywiania przetoki śluzowej u niemowląt. Prezentujemy projekt wieloośrodkowego badania randomizowanego, do udziału w którym pragniemy zaprosić przedstawicieli pozostałych ośrodków chirurgii dziecięcej w Polsce.</p>		



<b>Tytuł:</b>	<b>Zarośnięcie odbytu z wysoką przetoką kroczoową – czyli kiedy krocze wygląda (dość) normalnie</b>		
<b>Autorzy:</b>	Magdalena Dąbrowska, Maria Boczar, Ewa Sawicka		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dzieci i Młodości Instytutu Matki i Dziecka magdabrowska@imid.med.pl		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowa 10 grudnia 2022</b>	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Zarośnięcie odbytu z wysoką przetoką kroczoową stanowi rzadką (&lt;5%) postać wady odbytu u chłopców, w wadzie tej ujście przetoki znajdować się może w różnej lokalizacji na skórze krocza, podczas gdy położenie dystalnego odcinka prawidłowej odbytnicy odpowiada wadzie wysokiej. Leczenie wady jest wieloetapowe, operację zasadniczą wykonuje się w osłonie sztucznego odbytu.</p> <p><b>Cel pracy:</b> Przedstawienie przypadków pacjentów z zarośnięciem odbytu z wysoką przetoką kroczoową operowanych w Klinice Chirurgii Dzieci i Młodości w 2023 roku. U wszystkich dzieci ujście przetoki znajdowało się na kroczu ku tyłowi od moszny.</p> <p><b>Materiał:</b> 5 pacjentów hospitalizowanych w IMiD na różnych etapach leczenia operacyjnego. Ocenie poddano wiek w chwili rozpoznania, wady towarzyszące, zastosowane postępowanie.</p> <p><b>Wyniki:</b> Rozpoznanie u 4 pacjentów postawiono w okresie noworodkowym – wśród nich u 1 w 1 d.ż.; w przebiegu NEC w 3 tyg.ż., u pacjenta skierowanego do chirurga jako wada odbytu w 2 tyg.ż., u dziecka w 8 d.ż. z objawami niedrożności przewodu pokarmowego. U 1 pacjenta rozpoznanie zostało postawione w 8 miesiącu życia podczas hospitalizacji związanej z innym planowym zabiegiem operacyjnym.</p> <p>U 4 pacjentów z uzupełnioną diagnostyką stwierdzono wady towarzyszące: rozszczep podniebienia (2), wrodzone zarośnięcie przełyku, tłuszczak rdzenia kręgowego, agenezja nerki, wady OUN, wady naczyniowe, aberracje chromosomowe.</p> <p>Do niedrożności przewodu pokarmowego wskutek opóźnionego rozpoznania wady doszło u 2 pacjentów – u pacjenta skierowanego z innego ośrodka oraz pacjenta zdiagnozowanego w 8 miesiącu życia. U pozostałych przetoka jelitowa wyłoniona tuż po rozpoznaniu zapobiegła powyższym objawom.</p> <p>Do chwili obecnej u 3 dzieci wykonano operację zasadniczą wady, u jednego odtworzono ciągłość p.pok.</p> <p><b>Wnioski:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Należy pamiętać że nie każda przetoka kroczoowa jest wadą niską. Ze względu na niewielką częstość występowania wysokiej przetoki kroczoowej rozpoznanie wady bywa opóźnione; podstawową metodą rozpoznania pozostaje badanie kliniczne, diagnostykę uzupełnia badanie rentgenowskie z kontrastem. Istotna jest w szczególności czujność neonatologa, gdyż opóźnienie rozpoznania wady grozi niską niedrożnością p.pok.</li> <li>W naszym materiale zwraca uwagę częste współwystępowanie wad towarzyszących (80%); wskazana jest ich pogłębiona diagnostyka.</li> </ol>		

## 8.12.2023 Sesja III.

<b>Tytuł:</b>	<b>Operacje trzustki u dzieci z dostępu laparoskopowego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Adam Kowalski, Marek Stefanowicz, Grzegorz Kowalewski, Agnieszka Kwiecińska, Hor Ismail, Piotr Kaliciński		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, IPCZD, Warszawa <a href="mailto:a.kowalski@ipczd.pl">a.kowalski@ipczd.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	<b>X</b>	X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Cel pracy: Pomimo szerokiego zastosowania chirurgii minimalnego dostępu u dzieci, doniesienia dotyczące chirurgii laparoskopowej trzustki u dzieci wciąż są rzadkością. Celem tej pracy jest przedstawienie naszych doświadczeń w leczeniu dzieci z patologiami trzustki z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych.</p> <p>Metodyka: W latach 2018 – 2022 w naszym ośrodku operowanych było 51 pacjentów z różnymi chorobami trzustki. W tej grupie operacje techniką laparoskopową przeprowadzono u 15 dzieci w wieku 6,1 – 16,8 lat (med. 12,3 lat). Wśród 11 dzieci z przewlekłym zapaleniem trzustki, wykonaliśmy operację Puestowa u 6 pacjentów i wewnętrzny drenaż torbieli trzustki do pętli Roux-Y u 5 chorych. U 4 dzieci z guzami trzustki wykonaliśmy dystalną resekcję u 2 i środkową resekcję z zespoleniem części obwodowej trzustki do pętli Roux-Y u 2 pacjentów. W badaniu histopatologicznym rozpoznano guz Franza w 3 przypadkach i guz neuroendokryny u 1 pacjenta.</p> <p>Wyniki: Konwersja do laparotomii była konieczna w 2 przypadkach (13%) z powodu problemów technicznych. Wczesne powikłania wystąpiły u 2 pacjentów (13%). U 1 pacjenta wykonano laparoskopową rewizję zespolenia jelitowego z powodu niedrożności pętli Roux-Y. 1 pacjent wymagał endoskopowej cystogastrostomii z powodu stwierdzonej po operacji torbieli trzustki. W trakcie obserwacji odległej trwającej od 1 miesiąca do 2 lat (mediana 7 miesięcy) nie stwierdziliśmy innych istotnych powikłań.</p> <p>Wnioski: Zastosowanie technik minimalnego dostępu w leczeniu dzieci z chorobami trzustki zapewnia dobry efekt terapeutyczny i jest bezpieczne, jednakże wymaga dużego doświadczenia zarówno w chirurgii trzustki jak i technikach laparoskopowych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Laparoskopia w wybranych guzach nadnercza i przestrzeni zaotrzewnowej u dzieci</b>		
<b>Autorzy:</b>	Magdalena Lewandowska, Paweł Polityło, Janusz Jabłoński		
<b>Ośrodek:</b>	Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi		
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:mlewandosa@o2.pl">mlewandosa@o2.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Laparoskopia znalazła swoje zastosowanie również w zabiegach onkologicznych u dzieci.</p> <p>W przedstawianej pracy dokonaliśmy przeglądu naszych doświadczeń w laparoskopii guzów nadnerczy i przestrzeni zaotrzewnowej, aby ocenić wykonalność, niezawodność i bezpieczeństwo tej metody operacji.</p> <p>W Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej UM w Łodzi, w okresie od września 2017 do września 2023, laparoskopowo operowano 20 pacjentów: 17 z powodu guza nadnercza i 3 z powodu guza przestrzeni zaotrzewnowej. Najmłodsze dziecko miało 3 miesiące, najstarsze 11 lat. W 19 przypadkach przeprowadzone przed zabiegiem badania obrazowe i laboratoryjne wskazywały na ograniczony i łagodny charakter guza. U jednego pacjenta, 4 miesięcznego chłopca, przedoperacyjnie rozpoznano guza nadnercza prawego z przerzutami do wątroby. Został on zakwalifikowany do pierwotnego zabiegu operacyjnego. Wszystkich pacjentów operowano z dostępu przezotrzewnowego.</p> <p>Guzy nadnercza - 11 po stronie prawej, 6 po stronie lewej, usunięto w całości laparoskopowo. Nie było śródoperacyjnych powikłań, w jednym przypadku z powodu problemów technicznych zdecydowano o konwersji. Histopatologicznie rozpoznano: 12 guzów neuroblastycznych, 2 gruczolaki kory nadnercza, 1 torbiel nadnercza, a u 2 pacjentów zmiana lita położona w polu lewego nadnercza okazała się sekwestrem zewnątrzplucnym.</p> <p>Guzy przestrzeni zaotrzewnowej - histopatologicznie 2 przypadki ganglioneuroblastoma i 1 neurofibroma, usunięto w całości, bez śródoperacyjnych powikłań.</p> <p>Przebieg pooperacyjny u wszystkich dzieci był niepowikłany, w 3-4 dobie po zabiegu zostali wypisani do domu w stanie ogólnym dobrym.</p> <p>Podsumowując, w opisanych przypadkach, laparoskopia okazała się niezawodną i bezpieczną metodą operacji. Pozwoliła na dokładny wgląd w pole operacyjne i usunięcie zmian w całości, bez ich uszkodzenia. Jednocześnie jako technika małoinwazyjna umożliwiła szybki powrót pacjentów do prawidłowej aktywności i skróciła czas hospitalizacji.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Zastosowanie techniki torakoskopowej w resekcji guzów śródpiersia przedniego po wstępnej interwencji chirurgicznej lub farmakologicznej</b>		
<b>Autorzy:</b>	Marek Wolski(1), Łukasz Hutnik(2), Agata Sobocińska-Mirska(2)		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	(1) Klinika Chirurgii Dziecięcej i Urologii Dziecięcej i Pediatrii WUM (2) Klinika Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej i Pediatrii WUM		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p><b>Wstęp</b></p> <p>Chirurgia minimalnego dostępu (MIS) jest powszechnie akceptowaną techniką chirurgiczną leczenia wielu jednostek chorobowych o nienowotworowym charakterze. Rola MIS w populacji pacjentów onkologicznych z guzami litymi pozostawia przestrzeń do badań. O ile wykorzystanie MIS do pozyskania materiału diagnostycznego nie budzi kontrowersji, o tyle resekcje guzów przy użyciu technik małoinwazyjnych pozostają tematem spornym.</p> <p><b>Cel</b></p> <p>Prezentacja dwóch przypadków guzów śródpiersia przedniego po wcześniejszych interwencjach chirurgicznych lub farmakologicznych resekowanych przy użyciu techniki torakoskopowej.</p> <p><b>Materiał i metody</b></p> <p>W Klinice Chirurgii Dziecięcej WUM leczono w okresie od 12.2022 do 09.2023 dwie pacjentki w wieku 6 lat z guzem śródpiersia przedniego rozpoznany w czasie diagnostyki podejrzenia infekcji dróg oddechowych. Obie pacjentki skierowano do Kliniki Onkologii WUM celem diagnostyki i leczenia. Pierwsza pacjentka po wstępnej diagnostyce w Klinice Onkologii została przekazana do Kliniki Chirurgii z podejrzeniem potworniaka niewydzielającego, celem usunięcia dużego guza klatki piersiowej po stronie lewej o punkcie wyjścia ze śródpiersia przedniego. Guz usunięto z dojścia przez lewą torakotomię. Okres pooperacyjny był niepowikłany. Po otrzymaniu weryfikacji histopatologicznej guza – grasiczak – skierowano pacjentkę ponownie do Kliniki Chirurgii celem usunięcia grasicy. Grasicę usunięto techniką torakoskopową przez lewą opłucną. Okres okołoperacyjny był niepowikłany. Obecnie pacjentka pozostaje w ambulatoryjnej kontroli onkologicznej i nie wymaga dalszego leczenia. Druga pacjentka o podobnym wywiadzie, po wstępnej diagnostyce w Klinice Onkologii z rozpoznaniem guza germinalnego śródpiersia przedniego została zakwalifikowana do chemioterapii neoadiuwantowej i następnie do usunięcia zmiany resztkowej. Zabieg wykonano techniką torakoskopową z dojścia przez lewą opłucną. W badaniu histopatologicznym stwierdzono utkanie zanikowej grasicy z polami martwicy, nie stwierdzono żywych komórek nowotworowych. Pacjentka pozostaje w remisji po leczeniu chirurgicznym w ambulatoryjnej kontroli onkologicznej.</p> <p><b>Podsumowanie</b></p> <p>Chirurgia minimalnego dostępu może być skutecznym narzędziem w leczeniu operacyjnym guzów litych klatki piersiowej przy odpowiedniej kwalifikacji pacjentów.</p>		

Tytuł:	<b>Opis przypadku 5-miesięcznej dziewczynki z obustronnym sekwestrem płucnym oraz przetoką do przełyku poddanej leczeniu endowaskularnemu z następczą torakoskopową resekcją sekwestrów</b>		
Autorzy:	Bartosz Gogolok, Dariusz Patkowski		
Ośrodek: E-mail:	Klinika Chirurgii Dziecięcej i Urologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu <a href="mailto:bartosz.gogolok@umw.edu.pl">bartosz.gogolok@umw.edu.pl</a>		
XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe	
Streszczenie:	<p>Celem pracy jest przedstawienie przypadku 5-miesięcznej dziewczynki, leczonej z powodu słabych przyrostów masy ciała oraz nawracającej infekcji o nieustalonej przyczynie u której podczas diagnostyki przypadkowo rozpoznano obustronne zmiany o charakterze sekwestracji płuc. Dziecko od urodzenia nie zjadało należnych porcji pokarmowych. Około 1. miesiąca życia przyjęta została do oddziału pediatrycznego z objawami infekcji górnych dróg oddechowych (katar, kaszel, okresowe wymioty oraz wysiętek oddechowy. Wysunięto podejrzenie wady serca i wykonano ECHO serca oraz TK klatki piersiowej i brzucha wysuwając podejrzenie obustronnych sekwestrów płuc. Rekonstrukcje 3D uwidocznily 2 olbrzymie naczynia kalibru aorty odchodzące bezpośrednio od aorty zstępującej oraz aorty brzusznej, które unaczyniały sekwestry. Dziecko zakwalifikowano do przeskórnej obliteracji naczyń doprowadzających do obu sekwestrów. Zabieg wykonano dwukrotnie w odstępie miesiąca przy pomocy metalowych stentów samorozprężalnych oraz spirali, które rozprężono w gałęziach doprowadzających, jednak nie udało się uzyskać całkowitego zamknięcia naczyń. W międzyczasie dziecko wymagało stałej antybiotykoterapii z uwagi na nawrót objawów infekcyjnych przy próbach odstawienia antybiotyków. Powyższe zabiegi doprowadziły do stałej czkawki i wymiotów u dziecka oraz braku możliwości efektywnego karmienia doustnego. Z powodu utrzymujących się wymiotów została przekazana do Kliniki Chirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu celem dalszego leczenia. Dziecko zakwalifikowano do zabiegu usunięcia sekwestrów, jednak trudności dodawał fakt obecności stentów wewnątrznaczyniowych i możliwości ich przecięcia w trakcie zabiegu. Powyższe sekwestry zajmowały większą część dolnych płatów płuc i były ze sobą połączone. Ostatecznie wykonano zabieg torakoskopowego usunięcia sekwestrów odpowiednio po stronie prawej oraz lewej w kilkudniowym odstępie. Śródoperacyjnie trudności przysporzyło przecięcie metalowych stentów nożyczkami. Co więcej, w trakcie pierwszego zabiegu uwidoczniono kanał pomiędzy przełykiem a sekwestrem, co odpowiadało rzadkiej postaci wady - sekwestracji z przetoką do dolnej części przełyku (opisanej po raz pierwszy przez Gerle w 1968 roku oraz zawartej w klasyfikacji zaproponowanej przez Langston'a) Dziecko po zabiegu wymagało obustronnego drenażu opłucnowego oraz pobytu na OITD. Obecnie dziecko pozostaje w obserwacji klinicznej w Oddziale Chirurgii Dziecięcej i jest stopniowo rozkarmiane z dobrą tolerancją.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Dysplazja zaciskająca klatki piersiowej - obustronna torakotomia boczna jako metoda leczenia u pacjenta z niepewnym rokowaniem. Prezentacja przypadku klinicznego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Ewa Bućko, Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Przemysław Mańkowski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, <a href="mailto:sekretchir@skp.ump.edu.pl">sekretchir@skp.ump.edu.pl</a> lub <a href="mailto:e.bucko37@gmail.com">e.bucko37@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem prezentacji jest przedstawienie przypadku pacjenta z zaciskającą dysplazją klatki piersiowej i dyskusja zastosowanych metod leczenia.</p> <p>Pacjent, 6-miesięczny, zgłosił się wraz z rodzicami do szpitala z powodu zapalenia płuc w przebiegu grypy typu A. Pacjent z ciąży pierwszej, urodzony w 39 tygodniu ciąży, po urodzeniu wymagał resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W wywiadzie padaczka, okresową leukopenia. Hospitalizowany na Oddziale Zakaźnym, jego stan nie poprawiał się pomimo antybiotykoterapii. W czasie hospitalizacji wykonano u pacjenta tomografię klatki piersiowej, w której stwierdzono zaciskającą dysplazję klatki piersiowej. Pacjent wymagał wspomagania oddechowego Optiflow.</p> <p>Zadecydowano o wykonaniu prawostronnej torakotomii bocznej. Żebra III-IX uwolniono z okostnej i przecięto skośnie. Następnie zespolono żebra IV, V, VI, VII i IX używając płytek tytanowych pozostawiając wolną przestrzeń ok. 1,5 cm pomiędzy końcami żeber, pozostawiając końce żeber III i VIII niezespolone. Ze względu na utrzymującą się niewydolność oddechową założono tracheostomię i zakwalifikowano pacjenta do zabiegu torakotomii bocznej po stronie lewej. Żebra III-X uwolniono od okostnej i przecięto skośnie. Następnie zespolono żebra III, V, VI, VII i IX używając płytek tytanowych uzyskując ok. 2 cm wolnej przestrzeni pomiędzy końcami żeber pozostawiając żebra IV i VIII niezespolone. Stan pacjenta stopniowo stabilizował się, pacjent oddychał samodzielnie, sporadycznie wspomagany respiratorem domowym.</p> <p>Pacjent objęty jest opieką Hospicjum Domowego oraz Poradni Przyszpitalnych. Rokowanie pacjenta pomimo wykonanych zabiegów operacyjnych jest niekorzystne. Wykonana korekcja anatomiczna dała pacjentowi szansę na tymczasową poprawę wentylacji. Mimo tego brak wzrostu klatki piersiowej wraz ze wzrostem dziecka sprawia, że pacjent wymagać będzie kolejnego poszerzenia klatki piersiowej - termin zabiegu nie jest znany w momencie składania streszczenia.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Masywny samoistny chłonnokotok – problemy diagnostyczne i terapeutyczne</b>		
<b>Autorzy:</b>	Anna Chowaniec, Dariusz Basek, Zbigniew Olczak, Ewa Bień, Tomasz Koszutski		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach <a href="mailto:chirurgia@gczd.katowice.pl">chirurgia@gczd.katowice.pl</a> ; <a href="mailto:anna.aleksandra007@gmail.com">anna.aleksandra007@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>12-letni chłopiec został przyjęty do Oddziału Chirurgii GCZD z powodu stwierdzenia znacznej ilości płynu w obu jamach opłucnowych.</p> <p>W wywiadzie rok wcześniej pacjent doznał kompresyjnego złamania kręgu Th9 podczas upadku z drzewa. Chłopiec był leczony w gorszej ortopedycznym, a następnie przechodził rehabilitację. Od kilku miesięcy zaczął się skarżyć na okresowe bóle w klatce piersiowej i zmniejszenie tolerancji wysiłku. W wykonanym w Poradni Rehabilitacyjnej RTG klatki piersiowej stwierdzono zacinienie dolnych pól płucnych. Pacjenta skierowano na DOR GCZD, gdzie poszerzono diagnostykę o tomografię komputerową klatki piersiowej. W badaniu tym opisano masywną ilość płynu w obu jamach opłucnowych przy zachowanym stosunkowo dobrym upowietrzeniu płuc oraz patologiczne rozrzedzenie kręgow szyjnych i piersiowych. Na podstawie obrazu radiologicznego wysunięto podejrzenie choroby Gorhama-Stouta (GSD). Jest to rzadkie schorzenie charakteryzujące się proliferacją i poszerzeniem naczyń limfatycznych wewnątrz kości, co prowadzi do ich osteolizy i może być przyczyną złamań patologicznych.</p> <p>Pacjenta zakwalifikowano do leczenia zabiegowego. Wykonano drenaż obu jam opłucnowych, ewakuując ponad 2000 ml płynu o morfologii chłonnki z każdej strony. W badaniach laboratoryjnych potwierdzono chłonnokotok. W kolejnych dniach stosowano drenaż ssący, uzyskując ponad 2000 ml płynu z opłucnych na dobę. Wobec powyższego zdecydowano o zamknięciu drenaży celem ograniczenia strat płynów, białka i leukocytów oraz czasowym ich otwieraniu przy pogorszeniu się stanu klinicznego pacjenta. Wykonano limfografię rezonansu magnetycznego, w której zobrazowano charakterystyczny rozplem naczyń limfatycznych w trzonach kręgów oraz obustronny wyciek chłonnki do jam opłucnowych. Otrzymany wynik konsultowano ze specjalistami z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, uzyskując informację, że obraz malformacji limfatycznej kręgośłupa odpowiada najprawdopodobniej uogólnionej anomalii limfatycznej (GLA), a nie podejrzanemu wcześniej GSD. W leczeniu GLA, poza uzupełnianiem strat białka, immunoglobulin i innych niezbędnych składników, stosuje się leczenie farmakologiczne (sirolimus) oraz chirurgiczne. W związku z tym podjęto decyzję o próbie chirurgicznego zaopatrzenia chłonnokotoku. Wykonano prawostronną torakoskopię, odnajdując przewód piersiowy, który zamknięto klipsami poniżej żyły nieparzystej oraz tuż powyżej przepony, a fragment pomiędzy klipsami wycięto. W pierwszych dobach pooperacyjnych obserwowano częściowe zmniejszenie chłonnokotoku, jednak rokowanie w złożonych anomaliach limfatycznych (CLA), do których należy GLA, jest poważne. Chłopiec pozostaje pod opieką Oddziału Chirurgii i nadal wymaga intensywnego leczenia.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Wykorzystanie chirurgii małoinwazyjnej i nowych technik obrazowania do rekonstrukcji przełyku z jelita – nowe podejście i doświadczenia IP-CZD.</b>		
<b>Autorzy:</b>	D. Broniszczak, M. Szymczak, M. Stefanowicz, M. Panek, G. Kowalewski, M. Dądzalski, D. Majak, P. Kaliciński		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	IP-CZD, Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, Warszawa, <a href="mailto:d.broniszczak@ipczd.pl">d.broniszczak@ipczd.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Rekonstrukcja przełyku z jelita jest preferowanym sposobem zastąpienia przełyku w przypadku niemożności jego zespolenia w atrezji lub jego trwałego zniszczenia w wyniku chemicznego oparzenia i innych przyczyn.</p> <p>Celem pracy jest przedstawienie naszego nowego podejścia do rekonstrukcji przełyku z wykorzystaniem torakoskopii oraz nowych technik obrazowania z użyciem zieleni indocyjaninowej.</p> <p>Materiał i metodyka: W latach 1998-2023 wykonano w naszym ośrodku 52 rekonstrukcje przełyku z jelita (15 z jelita cienkiego i 37 z jelita grubego). W latach 2019 - 23 wykonano 6 rekonstrukcji przełyku z jelita z wykorzystaniem torakoskopii. U dwóch pacjentów zastosowano zieleń indocyjaninową celem potwierdzenia prawidłowego unaczynienia wytworzonej wstawki jelitowej.</p> <p>Wyniki: Wśród 6 przedstawionych pacjentów było 5 chłopców i 1 dziewczynka. Pięciu pacjentów miało istotne i niepoddające się rozszerzaniu zwężenie (4 pacjentów po chemicznym oparzeniu przełyku, 1 pacjent po leczeniu wrodzonej atrezji przełyku), u 1 pacjenta stwierdzono zarośnięcie przełyku po leczeniu chłoniaka śródpiersia tylnego. Średni wiek wynosił 10 lat ( od 5 do 14 lat.). U czterech pacjentów wykonano rekonstrukcję z jelita grubego, zaś u 2 pacjentów z jelita cienkiego. U 4 pacjentów wykonano zespolenie przełykowo-jelitowe torakoskopowo, a u 2 resekowano oparzony przełyk torakoskopowo a zespolenia wykonano na szyi. Czas obserwacji wynosi od 1 miesiąca do 50 miesięcy (średnio 20,5 miesiąca). U żadnego pacjenta nie wystąpiła przetoka w zespoleniu. Wszyscy pacjenci są karmieni całkowicie doustnie. Jeden pacjent wymagał po zabiegu rozszerzania zespolenia.</p> <p>Wnioski: Pomimo swojej złożoności rekonstrukcje przełyku z jelita pozostają naszym preferowanym sposobem zastąpienia przełyku ze względu na bardzo dobre długoterminowe wyniki. Wykorzystanie techniki torakoskopowej pozwala na bezpieczniejsze usunięcie własnego chorego przełyku, a w wybranych przypadkach na zespolenie kikuta przełyku z jelitem w klatce piersiowej. Wprowadzenie zmian w technice chirurgicznej i obrazowaniu unaczynienia jelita wpłynęło pozytywnie na wyniki rekonstrukcji przełyku u dzieci.</p>		



## 8.12.2023 Sesja IV.

<b>Tytuł:</b>	<b>Zastosowanie krioanalgezji w leczeniu wad klatki piersiowej u dzieci</b>		
<b>Autorzy:</b>	Michał Bobrowicz, Michał Szostawicki, Michał Puliński		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Oddział Kliniczny Chirurgii I Urologii Dziecięcej, <a href="mailto:michal.bobrowicz@gmail.com">michal.bobrowicz@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem pracy jest przedstawienie doświadczeń z zastosowania krioanalgezji w złagodzeniu bólu pooperacyjnego w przypadku zabiegu korekty wady klatki piersiowej szewskiej modyfikowaną metodą Nussa, na podstawie 40 przypadków. Z obserwacji na bazie doświadczeń naszego ośrodka wynika, że od momentu zastosowania procedury udało się uzyskać skuteczne, powtarzalne złagodzenie dolegliwości bólowych oraz znaczne skrócenie czasu hospitalizacji w populacji leczonych pacjentów, co poskutkowało wprowadzeniem go jak rutynowego elementu całego postępowania w opiece nad pacjentem z klatką piersiową szewską.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Zastosowanie rekonstrukcji i modeli 3D w przygotowaniu do zabiegów operacyjnych guzów litych</b>		
<b>Autorzy:</b>	Justyna Kukulska, Jakub Kopeć, Magdalena Lewandowska		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej, Uniwersyteckie Centrum Pediatrii w Łodzi <a href="mailto:just.kukulska@gmail.com">just.kukulska@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Obecnie coraz częściej wykonuje się rekonstrukcje 3D obrazów radiologicznych, które są podstawą do wydruku modeli 3D. Metody te używane są w różnych dyscyplinach zabiegowych jako pomoc w przygotowaniu do zabiegu operacyjnego. Pozwalają zwiększyć skuteczność operacji poprzez: większy odsetek doszczętnych resekcji zmian w lokalizacji przy krytycznych strukturach anatomicznych, mniejszą liczbę powikłań śródoperacyjnych i krótszy czas trwania zabiegu. Jednocześnie ułatwiają omówienie przebiegu zabiegu z pacjentem i opiekunem, co potencjalnie łagodzi wszelkie obawy i poprawia samopoczucie pacjenta.</p> <p>W Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej w Łodzi od sierpnia 2022, jako element przygotowania do zabiegów operacyjnych guzów litych, wykonywane są rekonstrukcje i wydruki modeli 3D. Najczęściej dotyczy to guzów przestrzeni zaotrzewnowej, ale także znajduje zastosowanie w dużych guzach nerek przemieszczających struktury anatomiczne, niektórych guzach tkanek miękkich czy guzach naczyniowych. Rekonstrukcja 3D wykonywana jest na podstawie 3-fazowego badania TK, często w fuzji z rezonansem magnetycznym. Ułatwia ona zobrazowanie dokładnego przebiegu naczyń, nerwów i ich przylegania do masy guza wraz z określeniem jego granic. Pozwala to precyzyjnie zaplanować zabieg operacyjny. Kolejnym etapem jest wydruk modelu 3D zmiany wraz z przylegającymi naczyniami czy innymi strukturami. Model drukowany jest w skali 1:1 i może znajdować się na bloku operacyjnym. Analiza modelu przed i w trakcie operacji umożliwia dokładną ocenę przebiegu, przylegania i przenikania naczyń w bezpośrednim kontakcie z guzem oraz pokazuje realną wielkość guza.</p> <p><b>Wnioski:</b></p> <p>W naszym materiale rekonstrukcja i wydruk modeli 3D:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pokazały dokładną lokalizację guza i związanych z nim naczyń krwionośnych;</li> <li>2. Umożliwiły szczegółowe zaplanowanie zabiegu operacyjnego;</li> <li>3. Pozwoliły na precyzyjne i bezpieczne preparowanie, zwiększyły możliwość doszczętnego usunięcia zmiany.</li> </ol>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Rekonstrukcje klatki piersiowej u dzieci z guzami ściany klatki piersiowej – doświadczenia Kliniki Onkologii i Chirurgii Onkologicznej IMIDz</b>		
<b>Autorzy:</b>	Iwona Malesza <sup>1</sup> , Krzysztof Bronowicki <sup>1</sup> , Tomasz Walenta <sup>1</sup> , Agnieszka Szymborska <sup>1</sup> , Justyna Antoniuk- Majchrzak <sup>1</sup> , Dariusz Mydlak <sup>2</sup> , Anna Raciborska <sup>1</sup>		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	1. Klinika Onkologii i Chirurgii Onkologicznej IMID 2. Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMID; <a href="mailto:ijmalesza@gmail.com">ijmalesza@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Guzy ściany klp to bardzo heterogenna grupa zmian nowotworowych. Mogą mieć charakter łagodny albo złośliwy. W przypadku guzów złośliwych mogą to być guzy pierwotne albo zmiany przerzutowe.</p> <p>W latach 2010 – 2023 w Klinice Onkologii i Chirurgii Onkologicznej leczylismy chirurgicznie 147 pacjentów ze zmianami ściany klatki piersiowej.</p> <p>Wśród leczonych dzieci - 86 pacjentów miało zmiany łagodne ściany klatki piersiowej leczone tylko chirurgicznie.</p> <p>61 pacjentów ze zmianami złośliwymi klatki piersiowej otrzymało zarówno leczenie onkologiczne (chemioterapia, niekiedy dodatkowo radioterapia), jak i chirurgiczne. Praca omawia doświadczenia dotyczące resekcji i rekonstrukcji zmian nowotworowych ściany klatki piersiowej pacjentów pediatrycznych leczonych w IMID.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Choroby tarczycy u dzieci i młodzieży wymagające leczenia chirurgicznego – wskazania, technika, wyniki i powikłania na podstawie 10-letniego doświadczenia własnego ośrodka</b>		
<b>Autorzy:</b>	Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Dajana Danielewicz, Jerzy Harasymczuk, Marek Niedziela, Przemysław Mańkowski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, <a href="mailto:patrycja.sosnowska@outlook.com">patrycja.sosnowska@outlook.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp: Chociaż schorzenia tarczycy są rzadziej opisywane u dzieci, niż u dorosłych zwiększona zachorowalność na raka tarczycy, sprawia, że wszyscy chirurdzy dziecięcy powinni posiadać wiedzę na temat schorzeń tego gruczołu. Nieprawidłowości tarczycy mogą być związane z nadczynnością lub niedoczynnością i/lub wiązać się z symetrycznym lub asymetrycznym powiększeniem gruczołu.</p> <p>Celem pracy była analiza wskazań, technik, wyników i powikłań chirurgicznego leczenia chorób tarczycy u dzieci i młodzieży.</p> <p>Materiały i metody badań: Materiał do badań zebrano na podstawie dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w Klinice Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w latach 2013-2022. W tym okresie na oddział chirurgii przyjęto 148 chorych w celu leczenia operacyjnego – całkowitej lub częściowej tyreoidektomii.</p> <p>Wyniki: W analizowanej grupie u 95 dzieci wykonano tyreoidektomię subtotalną, u 64 tyreoidektomię całkowitą. U 72 chorych zabieg rozszerzono o rutynowe profilaktyczne usunięcie węzłów chłonnych szyi z jednoczesnym całkowitym wycięciem tarczycy.</p> <p>Wśród wszystkich pacjentów było 113 dziewcząt (76 %). Średnia wieku zarówno dziewcząt jak i chłopców w momencie leczenia operacyjnego wynosiła 15 lat. Średni czas od momentu diagnozy do operacji wyniósł 4 miesiące, wahając się od 2 tygodni do 3 lat. Wydłużony czas od rozpoznania do operacji wynikał z próby leczenia zachowawczego przez zespół endokrynologiczny.</p> <p>Wśród 64 pacjentów po całkowitym wycięciu tarczycy 26 (40,62%) miało wskazanie łagodne, a 35 (54,69%) miało wskazanie złośliwe.</p> <p>Wnioski: Multidyscyplinarna współpraca zapewnia uzyskanie optymalnych wyników chirurgicznych u pacjentów. Przy zachowaniu wyjątkowej ostrożności jest to zabieg bezpieczny, obarczony małą ilością powikłań, jednak kluczowe pozostaje doświadczenie chirurga przeprowadzającego operację tarczycy u dzieci.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Analiza czynników mogących mieć wpływ na przebieg terapii nerwiaka niedojrzałego. Podsumowanie 17 lat własnego doświadczenia oraz przegląd piśmiennictwa</b>		
<b>Autorzy:</b>	Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Marta Kierzyńska, Danuta Januszkiewicz-Lewandowska, Przemysław Mańkowski		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu <a href="mailto:patrycja.sosnowska@outlook.com">patrycja.sosnowska@outlook.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp: Neuroblastoma (NB) jest czwartym najczęściej rozpoznawanym nowotworem wieku dziecięcego. Zaawansowanie choroby w momencie rozpoznania ma wpływ na wyniki leczenia i przeżycie. Celem pracy była analiza czynników, które mogą mieć wpływ na przebieg terapeutyczny NB.</p> <p>Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 77 pacjentów leczonych w Klinice Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej oraz Klinice Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej w Poznaniu latach 2004- 2017. Obserwacja pacjentów włączonych do badania została zakończona w dniu 30 stycznia 2021 r.</p> <p>Wyniki: Analizując czas między pierwszym dniem wizyty u lekarza i rozpoczęcia leczenia onkologicznego stwierdzono istotne różnice między grupą pacjentów z całkowitą remisją i grupą, która nie odpowiedziała na leczenie. Na przestrzeni 17 lat badań istniała tendencja do rozpoznawania NB w niższym- 1. i 2. stopniu zaawansowania. Stopień zaawansowania choroby skorelowany był z ryzykiem progresji choroby, nawrotem choroby i ryzykiem zgonu. Chociaż nasze badanie nie wykazało istotnej korelacji między terminowością wdrożenia protokołów HR-NBL SIOPEN i LINES oraz skutecznością leczenia, wykazaliśmy, że czas między pierwszą wizytą u lekarza a rozpoczęciem leczenia onkologicznego znacząco wpływa na ostateczną odpowiedź na zastosowaną terapię.</p> <p>Wnioski: Tendencja do częstszej diagnostyki pacjentów w niższym stopniu zaawansowania i w okresie prenatalnym może być związana ze zwiększoną dostępnością USG i poprawą edukacji rodziców. Należy zwrócić szczególną uwagę na guzy NB zdiagnozowane w wieku noworodkowo- niemowlęcym, które wymagają regularnej kontroli ambulatoryjnej podczas leczenia zachowawczego, ale mogą także wymagać interwencji chirurgicznej.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Operacja Meso-Rex Bypass u pacjentów z blokiem przedwątrobowym i powikłaniami nadciśnienia wrotnego – opis dwóch przypadków</b>		
<b>Autorzy:</b>	Marek Stefanowicz, Adam .Kowalski, Dorota Broniszczak-Czyszek, Grzegorz Kowalewski, Marek Szymczak, Piotr Rago, Adam Koleśnik, Francisco Hernandez, Piotr Kaliciński		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii dziecięcej i Transplantacji Narządów, Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie; <a href="mailto:m.stefanowicz@ipczd.pl">m.stefanowicz@ipczd.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>U pacjentów z blokiem przedwątrobowym spowodowanym zakrzepicą żyły wrotnej dochodzi do rozwoju nadciśnienia wrotnego i jego powikłań: splenomegalii z hipersplenizmem, żylaków przetyku, krwawień z przewodu pokarmowego oraz włóknienie i zmniejszanie się wątroby. Obecnie standardem postępowania u tych pacjentów jest operacja Meso-Rex Bypass (MRB) polegająca na połączenie spływu żyły kręzkowej górnej i śledzionowej z lewą gałęzią żyły wrotnej za pomocą wstawki żylniej.</p> <p><b>Materiał i metoda:</b> Cel pracy jest prezentacja przypadków dwóch pacjentów z blokiem przedwątrobowym, u których wykonaliśmy operacje MRB z przedstawieniem diagnostyki przedoperacyjnej, procesu kwalifikacji do operacji, techniki operacji oraz postępowania po operacji.</p> <p><b>Wyniki:</b> Dwoje pacjentów w wieku 9 i 12 lat z blokiem przedwątrobowym spowodowanym zakrzepicą żyły wrotnej, z powikłaniami nadciśnienia wrotnego (splenomegalia z hipersplenizmem, żylaki przetyku). U obu pacjentów wykonano przed operacją tomografię komputerową, w której stwierdzono drożną żyłę kręzkowa górną i śledzionową z widocznym połączeniem naczyń oraz retroportografię wsteczną uwidaczniając drożny układ wrotny wewnątrzwątrobowy. U obu pacjentów potwierdzono drożność naczyń szyjnych (usg) i wykonano diagnostykę trombofilii. U jednego pacjenta stwierdzono niedobór białka C. U obu pacjentów wykonano operację MRB, bez powikłań śródoperacyjnych. Po operacji w badaniu usg dopler obserwowano dobre przepływy przez wstawkę żylna i wewnątrzwątrobowo. U jednego z pacjentów w okresie pooperacyjnym obserwowano chłonek, który ustąpił po leczeniu zachowawczym. U obu pacjentów obserwowano ustąpienie małopłytkowości (u pierwszego liczba płytek z 53 tyś. wzrosła do 169 tyś., u drugiego z 55 tyś. do 160 tyś.). Pierwszy pacjent sześć tygodni od operacji miał wykonane przeszskórne rozszerzenie zwężenia w zespoleniu wstawki żylniej z żyłą kręzkowa i śledzionową z dobrym efektem.</p> <p><b>Wnioski:</b> Operacja MRB przywraca fizjologiczny przepływ krwi z układu wrotnego przez wątrobę i powoduje leczenie powikłań nadciśnienia wrotnego. Kluczowe w powodzeniu operacji MRB jest prawidłowa kwalifikacja pacjentów z blokiem przedwątrobowym, wymagająca potwierdzenia drożności naczyń kręzkowych i śledzionowych, układu wrotnego wewnątrzwątrobowego (retroportografia wsteczna) i naczyń szyjnych oraz diagnostyka innych chorób, mających wpływ na postępowanie pooperacyjne.</p>		

Tytuł:	<b>Czy chirurg dziecięcy potrzebuje radiologa interwencyjnego?, doświadczenia własne Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie</b>		
Autorzy:	Grzegorz Wasilewski, Tomasz Janowicz, Katarzyna Szymak, Michał Bobrowicz, Magdalena Rzeczkowska, Wojciech Choiński		
Ośrodek: E-mail:	Pracownia Naczyniowa Działu Radiologii Obrazowej Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zmian Naczyniowych Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie <a href="mailto:gregorywasilewski@icloud.com">gregorywasilewski@icloud.com</a>		
XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne	x	X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
Streszczenie:	<p>Celem pracy jest omówienie możliwości zastosowania zabiegów radiologii zabiegowej w chirurgii dziecięcej w oparciu o otwartą 1,5 roku temu w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie Pracownię Naczyniową i związaną z tym współpracę radiologii interwencyjnej z chirurgią dziecięcą.</p> <p>W prezentacji zostaną pokazane przypadki zastosowania interwencji endowaskularnych u dzieci. Przypadki: tętniak pourazowy wątroby, embolizacją sekwestru płuca, embolizacja malformacji naczyniowej, embolizacja guza tkanek miękkich i kości. Arteriografia klasyczna w wybranych przypadkach pomimo coraz doskonalszych obrazów TK i MR nadal pozostaje metodą najdokładniejszą, zwłaszcza w ocenie małych naczyń. W kilku przypadkach wykonane arteriografii uwidocznili naczynia zaopatrujące patologię niewidoczne w innych badaniach.</p> <p>Wyniki: leczenie przetok tętniczo-żylnych, embolizacja hiperwaskularnych guzów, krwawień daje bardzo dobre efekty i jest skuteczną metodą leczenia. W przypadku malformacji wolno przepływowych, żylnych efekt leczenia jest w części przypadków tylko estetyczny, w części nie przynosi pożądanych efektów. W trakcie 18 miesięcy wykonywania zabiegów nie było powikłań zarówno w miejscu wkłucia, miejscu wykonania zabiegu. Dawki promieniowania jonizującego mieściły się w granicach norm radiologicznych.</p> <p>Wnioski: zabiegi z zakresu radiologii interwencyjnej są bezpieczne, bez utraty krwi lub znacznie ograniczające krwawienie w przypadku zabiegów przedoperacyjnych, poszerzają możliwości diagnostyczne i terapeutyczne leczenia chorób naczyniowych dzieci metodą mało inwazyjną, dawka promieniowania jonizującego w trakcie jest zwykle niewielka.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Ureterorenoskopia – litotrypsja (URS-L) u dzieci w leczeniu kamicy moczowodowej. Wieloparametryczne badanie prospektywne. Doświadczenie jednego chirurga</b>		
<b>Autorzy:</b>	Paweł Haliński, Andrzej Haliński, Adam Haliński, Marcin Polok		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze; Oddział Urologii Klinika Wiśniowa Zielona Góra		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Dzieci stanowią około 3% pacjentów z kamicy moczową. Decydującym czynnikiem jest wybór optymalnej metody diagnostycznej i leczniczej. Powinna ona zapewnić całkowite usunięcie złożu z dróg moczowych. Taki zabieg jest najwłaściwszy oraz może zapobiec szybkiemu nawrotowi choroby. Ocenie poddano 125 dzieci w wieku 12 miesięcy – 16 lat z pełną dokumentacją medyczną, leczonych z powodu kamicy moczowodowej metodą URSL w latach 2003-2012. Ogólna skuteczność procedury URS-L (UreteroRenoSkopii – Litotrypsji) w analizowanym materiale klinicznym wyniosła 86,4%. Zabieg endoskopowy URS-L jest zatem wysoce skuteczny u dzieci. Jednakże, w najmłodszej grupie wiekowej można spodziewać się większego ryzyka niepowodzenia. W analizie statystycznej wykazano, że położenie złożu w dolnej części prawego moczowodu jest najkorzystniejsze, natomiast położenie złożu w dolnym odcinku lewego moczowodu jest najtrudniejsze (wartość <math>p=0,00917</math>). Należy podkreślić, że czas trwania zabiegu miał istotny wpływ na czas hospitalizacji – im dłuższy zabieg, tym dłuższa hospitalizacja (<math>p = 0,000</math>). Wystąpienie gorączki po operacji miało znaczenie statystyczne jedynie w najmłodszej grupie wiekowej pacjentów (tj. 0-3 lata). Po przeanalizowaniu materiału klinicznego można stwierdzić, że zabieg URS-L z użyciem laserem holmowego Ho:YAG u dzieci jest bezpieczną oraz skuteczną metodą leczenia kamicy moczowodowej.</p>		



## 9.12.2023 Sesja I.

<b>Tytuł:</b>	<b>Ocena wyników leczenia uszkodzeń ścięgien zginaczy ręki u dzieci</b>		
<b>Autorzy:</b>	Szymon Grochans, Kaja Giżewska-Kacprzak, Ireneusz Walaszek		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Oddz. Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1 71-252 Szczecin		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Urazy rąk stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgłoszeń do oddziałów ratunkowych, również w grupie pacjentów dziecięcych. Na efekt leczenia wpływają między innymi kwalifikacja, technika zaopatrzenia urazu i rozległość uszkodzeń tkanek. Dzieci stanowią szczególną grupę pacjentów z uwagi na m. in. mniejszy rozmiar uszkodzonych struktur, niezakończony wzrost i konieczność dostosowania protokołu rehabilitacji. Cel: Celem badania była ocena i analiza klinicznych parametrów wyników leczenia operacyjnego urazów ścięgien zginaczy kończyny górnej u dzieci. Materiał i metody: Wykonano retrospektywną analizę dokumentacji medycznej dzieci operowanych z powodu uszkodzeń ścięgien zginaczy w latach 2019-2023 w Oddziale Klinicznym Chirurgii Dziecięcej i Chirurgii Ręki PUM w Szczecinie. Kryterium włączenia były urazy ścięgien zginaczy z dalszym podziałem na: I. Izolowane urazy ścięgien zginaczy kończyny górnej; II. Towarzyszące uszkodzenia nerwów i naczyń; III. Towarzyszące urazy kości</p> <p>Oceniano zakres ruchomości przy pomocy goniometru z porównaniem do strony przeciwnej. Z badania wykluczono urazy z rozległymi ubytkami tkanek miękkich oraz uszkodzenia prostowników. Wyniki: Do analizy włączono 53 pacjentów: 38 (72%) chłopców i 15 (28%) dziewczynek w wieku od 22 miesięcy do 17 lat. Średni wiek pacjentów w dniu operacji wynosił 11 lat. Wśród badanych największą grupę stanowili pacjenci z ranami ciętymi - 88% (47). U 66% (35) badanych doszło do uszkodzenia nerwu lub tętnicy. 74% (39) dzieci było zapatrzonych w czasie do 2 tygodni od urazu, z czego większość w pierwszej dobie. Pacjenci byli zaopatrywani modyfikowanym szwem Stricklanda z obszyciem ciągłym blokowanym. U wszystkich pacjentów zastosowano długowchłaniały szew monofilamentowy. W okresie pooperacyjnym program fizjoterapii dostosowany do wieku oraz stanu miejscowego. W przypadku zastarzałych uszkodzeń i braku możliwości wykonania bezpośredniego zespolenia wykonano dwuetapową rekonstrukcję z zastosowaniem protez huntera i przeszczepu ścięgna w drugim etapie. Zabiegu wtórnego (np. plastyki blizny pooperacyjnej, tenolizy, artrolizy) w poszczególnych grupach wymagało: I. 1 pacjent; II. 4 pacjentów; III. 1 pacjent. Średni zakres ruchomości w porównaniu do zdrowej kończyny, zmierzony u 34 z 53 pacjentów, wyniósł 97,5%. Wnioski: Leczenie chirurgiczne urazów ręki obejmujących rekonstrukcję ścięgien dostosowane do specyfiki tej grupy wiekowej jest skuteczne. Współistniejące uszkodzenia struktur (nerwów, naczyń, kości) nie wywiązały się z gorszym wynikiem leczenia, ale skutkowały większym odsetkiem operacji wtórnych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Wczesne rozpoznanie złamania di Monteggia a wyniki leczenia – analiza przypadków</b>		
<b>Autorzy:</b>	Agnieszka Kisiel, Szczepan Furman, Robert Rogulski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Warszawskie Centrum Opieki Medycznej „Kopernik” Sp z o.o. <a href="mailto:agnieszka.kisiel7@gmail.com">agnieszka.kisiel7@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem pracy jest omówienie pacjentów ze złamaniem di Monteggia oraz zależności między natychmiastowym rozpoznaniem towarzyszącego zwichnięcia głowy kości promieniowej a efektami leczenia</p> <p>Materiał i metoda: W analizie uwzględniono 4 pacjentów w przedziale wiekowym od 3 do 16 lat leczonych w Warszawskim Centrum Opieki Medycznej w latach 2021-2023. Retrospektywnie przeanalizowano efekty leczenia.</p> <p>Wyniki: U dwóch pacjentów, u których natychmiast rozpoznano złamanie di Monteggia i wdrożono leczenie operacyjne, uzyskano prawidłową repozycję złamania i redukcję zwichnięcia głowy kości promieniowej. U dwóch pacjentów, u których rozpoznanie zostało postawione w odległym czasie od urazu, pomimo osteotomii korekcyjnej nie uzyskano pełnego zakresu ruchomości w stawie łokciowym. Pozostają w trakcie rehabilitacji i być może będą wymagali kolejnych zabiegów korekcyjnych.</p> <p>Wnioski: Na podstawie analizowanych przypadków można wywnioskować, jeśli zostanie postawione prawidłowe rozpoznanie złamania di Monteggia i wdrożone leczenie operacyjne, rezultaty są bardzo dobre. Złe wyniki leczenia są spowodowane głównie nierozpoznanie zwichnięcia głowy kości kości promieniowej</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Czy nie szkoda zachodu? Porównanie oceny blizny po zabiegu pyloromiotomii metodą laparoskopową i klasyczną: 15-letnie badanie kontrolne</b>		
<b>Autorzy:</b>	Justyna Łuczak, Sylwester Gerus, Maciej Główczak, Kinga Brawańska, Przemysław Wolak, Aneta Piotrowska-Gall, Maciej Bağłaj, Katarzyna Rasiewicz, Dariusz Patkowski		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej we Wrocławiu Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii w Kielcach e-mail: <a href="mailto:justyna.luczak@umw.edu.pl">justyna.luczak@umw.edu.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp: Wybór techniki laparoskopowej w zabiegu pyloromiotomii warunkowany jest głównie potencjalną korzyścią kosmetyczną dla pacjenta w porównaniu z zastosowaniem metody klasycznej. Ten specyficzny efekt zabiegu jest często wymieniany w literaturze naukowej, jednak niewiele jest prac, które oparte są na długim okresie obserwacji.</p> <p>Cel: Zbadanie osobistego odbioru blizny po zabiegu pylormiotomii laparoskopowej (LP) w porównaniu do pylormiotomii klasycznej(KP) w okresie od 11 do 15 lat obserwacji.</p> <p>Metody: Rodzice pacjentów, którzy zostali poddani zabiegom LP i KP w latach 2007-2011 zostali telefonicznie poproszeni o udział w badaniu. Rodzice i pacjenci po wyrażeniu pisemnej zgody wypełnili ankietę oceny blizny (4 oceniane kategorie: 1.wygląd blizny, 2.poziom akceptacji blizny,3.satysfakcja z wyglądu blizny, 4.satysfakcja związana z objawami), której wyniki zostały porównane statystycznie. Dodatkowo wykonano standaryzowane zdjęcia blizn. Badanie uzupełniono o przegląd literatury.</p> <p>Wyniki: Otrzymano ankiety od 15 (24%) pacjentów z grupy KP i 15 (31%) pacjentów z grupy LP. Blizny po zabiegu laparoskopowym zostały ocenione wyżej od blizn po zabiegu klasycznym zarówno przez rodziców (w 4/4 kategoriach) jak i przez pacjentów (1/4 kategorie). W grupie KP rodzice ocenili blizny niżej niż dzieci (w 2/4 kategoriach). Przedstawione wyniki były istotne statystycznie (<math>p &lt; 0.005</math>).</p> <p>Wnioski: Efekt kosmetyczny po zabiegu laparoskopowym jest korzystniejszy od efektu po zabiegu metodą klasyczną w obserwacji wieloletniej. Wygląd blizny może mieć większe znaczenie dla dorosłych niż dla dzieci, dlatego w przypadku pacjentów pediatrycznych wskazana jest długoletnia obserwacja.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Analiza pierwszych dziewięciu miesięcy działalności gabinetu diagnostyczno-zabiegowego przy SOR</b>		
<b>Autorzy:</b>	Mateusz Porębski, Tomasz Koszutski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach <a href="mailto:chirurgia@gczd.katowice.pl">chirurgia@gczd.katowice.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>W pracy przedstawiono prawne, medyczne i ekonomiczne efekty pracy pierwszych dziewięciu miesięcy Gabinetu diagnostyczno-zabiegowego przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR). Przedstawiono analizę problemów napotkanych w pierwszych miesiącach pracy Gabinetu, oraz sposoby ich rozwiązywania - od rejestracji, poprzez przyjęcie pacjenta i dalszą opiekę ambulatoryjną. Oceniono wyniki finansowania przyjęć ze wskazań nagłych w poradni specjalistycznej, a także porównano względem korzyści przyjęcia do SOR. Porównano także różnice z perspektywy pacjenta i rodzica przejścia „ścieżki przyjęcia pacjenta”.</p> <p>Zmiana formy rejestracji pozwoliła na redukcję obciążenia i nakładów finansowania w SOR, z jednoczesnym generowaniem przychodu w ramach poradni specjalistycznej.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Techniki rekonstrukcyjne w wielotkankowych urazach kończyn u dzieci, jako alternatywa do amputacji - obserwacja 5-letnia</b>		
<b>Autorzy:</b>	Radosław Wrzesiński, Ireneusz Walaszek, Kaja Giżewska-Kacprzak		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Urazy wielotkankowe z ubytkiem tkanek kończyn są wyzwaniem dla chirurga, szczególnie u dzieci. Kluczowa jest ocena uszkodzeń i dostosowanie techniki operacyjnej. Możliwe jest pierwotne zamknięcie rany, przeszczepy skóry, płaty lokalne, płaty odległe oraz techniki mikrochirurgicznej z płatami wolnymi. Chirurgia rekonstrukcyjna zmienia się z drabiny rekonstrukcyjnej zakładającej pierwotne zaopatrzenie rany za pomocą prostych metod, zazwyczaj jako rozwiązania tymczasowego, a zabiegi poprawiające funkcję i wygląd jako wtórne, na strategię tzw. windy rekonstrukcyjnej. Porównanie do windy odzwierciedla bardziej kreatywne i elastyczne działania wobec uszkodzonego obszaru pozwalające swobodnie poruszać się między metodami, w obu kierunkach. Najbardziej kompleksowe podejście do chirurgii rekonstrukcyjnej zakłada posiadanie „skrzynki z narzędziami” katalogu metod („narzędzi”), spośród których wybierane jest rozwiązanie, które według subiektywnej oceny chirurga rekonstrukcyjnego, kompleksowo zaopatruje wielotkankowe uszkodzenie tkanek miękkich. W sytuacjach rozległych uszkodzenia kości i tkanek miękkich u dzieci istotny jest aspekt intensywnego wzrostu najmłodszych pacjentów. Celem naszej pracy ocena dostosowania techniki operacyjnej leczenia ubytków tkanek w wielotkankowych urazach kończyn u dzieci z obserwacją odległą. Dokonano retrospektywnej analizy przypadków pacjentów pediatrycznych z rozległymi urazami wielotkankowymi kończyn z ubytkami tkanek zagrożonymi amputacjami leczonych w latach 2018-2023 w ośrodku autorów. Szczegółowo porównano 5 pacjentów z urazami kończyn górnych (wiek 20 - 34 mies.) oraz 4 dzieci z urazami kończyn dolnych (24 mies. - 14 lat). Przeanalizowano mechanizm urazów i jego wpływ na rozległość ubytku tkanek. W leczeniu zastosowano płaty uszypułowane na tętnicy promieniowej i łydkowej. Omówiono protokół kwalifikacji, przygotowania ubytków oraz strategii pooperacyjnej wraz z rehabilitacją w tym zastosowaniu dedykowanych ortez wykonywanych dla pacjenta. Dokonano analizy długoterminowej (najdłużej 5 lat) z oceną wzrostu kości i oceny funkcji kończyn. Przedstawione przykłady wskazują, zgodnie z doniesieniami literatury, że odpowiednie środowisko tworzone przez pełnowartościowe pokrycie płatowe w rozległych urazach u najmłodszych pacjentów daje biologiczne możliwości regeneracji uszkodzonych struktur w tym wzrost kości. „Skrzynka z narzędziami” poza elastycznym dopasowaniem techniki operacyjnej zakłada stałe doskonalenie metod i „dokładanie narzędzi do skrzynki” - stały postęp w chirurgii rekonstrukcyjnej w zakresie doskonalenia umiejętności, budowania specjalistycznego interdyscyplinarnego zespołu, instrumentarium, mikroskopów i lup osobistych oraz organizacji dedykowanej opieki pooperacyjnej w celu osiągnięcia najlepszego efektu leczniczego.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Osobliwości diagnostyczne w badaniach obrazowych w chirurgii noworodka</b>		
<b>Autorzy:</b>	Małgorzata Rzanny-Owczarzak <sup>1</sup> , Witold Porzucek <sup>1</sup> , Jan Mazela <sup>2</sup> , Przemysław Mańkowski <sup>1</sup>		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	<b><i>Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu</i></b> <b><i>Katedra I Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu</i></b>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Perforacja przewodu pokarmowego u noworodków najczęściej występuje jako powikłanie martwiczego zapalenia jelit i wiąże się z wysoką śmiertelnością. Drugą najczęstszą przyczyną perforacji u noworodków jest samoistna perforacja jelita, obejmująca zwykle końcowy odcinek jelita krętego. Dotyczy ona prawie 1/4 przypadków i wiąże się z niższym odsetkiem zgonów.</p> <p>Standardem diagnostycznym w przypadku podejrzenia perforacji przewodu pokarmowego jest wykonanie klasycznego zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej. Warunkiem postawienia trafnej i sprawnej diagnozy jest należyte wykonanie diagnostyki radiologicznej, m.in. prawidłowa projekcja zdjęć. W przypadku braku objawu <i>pneumoperitoneum</i> przydatnym narzędziem diagnostycznym jest ultrasonografia, która pozwala, w odróżnieniu od rentgenodiagnostyki, ocenić charakter płynu w jamie brzusznej. Jednak to ocena stanu klinicznego pacjenta przez chirurga dziecięcego decyduje ostatecznie o kwalifikacji do zabiegu.</p> <p>Na podstawie opisów przypadków noworodków chcielibyśmy zaprosić Państwa do dyskusji- czy perforację przewodu pokarmowego u noworodka zawsze widać na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej i co może pomóc nam, jako chirurgom dziecięcym w prawidłowej kwalifikacji pacjentów do zabiegu.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Operacja sposobem Zieglera w całkowitej aganglionozie jelit – opis przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Karolina Tokarska, Joanna Godlewska, Małgorzata Fryczek, Małgorzata Smolec – Zamora, Wojciech Górecki		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Pediatrii, Klinika Chirurgii Dziecięcej. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Oddział Chirurgii Dziecięcej <a href="mailto:ktokarska@usdk.pl">ktokarska@usdk.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Całkowita aganglionozą jelit (ang. Total Intestinal Aganglionosis - TIA) jest najrzadszym wariantem choroby Hirschsprunga (ChH), w którym komórki zwojowe w skrajnej postaci nie występują na całej długości jelita od dwunastnicy do odbytnicy. Stan ten wiąże się z wysoką śmiertelnością. Pacjenci wymagają wyłonienia stomii jelitowej, a w celu poprawy wchłaniania substancji odżywczych, wody i elektrolitów wykonywana jest operacja sp. Zieglera (myektomia-myotomia surowicówkowo-mięśniowej ściany j. cienkiego). Celem pracy jest prezentacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz wyniku leczenia po 5 miesiącach obserwacji pooperacyjnej u pacjenta z TIA operowanego sp. Zieglera. Pacjent urodzony drogą cięcia cesarskiego w 38 tyg. ciąży. W wywiadzie rodzinnym ChH u starszego brata oraz u rodziny ze strony ojca dziecka. Po urodzeniu nie oddał smółki, wymagał wlewów doodbytniczych. Karmiony smoczkiem ze zmienną tolerancją, dodatkowo żywiony pozajelitowo. W 8 dż wykonano laparoskopię z konwersją do laparotomii i mapping jelita z histologiczną oceną komórek zwojowych. W doraźnym badaniu stwierdzono komórki zwojowe w okolicy zagięcia śledzionowego, i tam wyłoniono kolostomię. Po operacji utrzymywały się obfite zalegania żołądkowe, nie obserwowano wydzielania ze stomii. Po ponownej analizie materiału histopatologicznego wysunięto podejrzenie wyłonienia kolostomii na odcinku bezzwojowym. W 19 dż wykonano ponownie mapping jelita, który wykazał brak zwojów na niemal całej długości jelita cienkiego. Zamknięto kolostomię, wyłoniono jejunostomię 60cm od więzadła Treitza. Zwoje nerwowe obecne w ścianie żołądka oraz w j. czczym 25cm od więzadła Treitza, pozostałe j. cienkie bez zwojów. Pacjent prowadzony w programie domowego żywienia pozajelitowego, kilkakrotnie hospitalizowany z powodu zatrzymania wydzielania przez stomię oraz infekcji wirusowych. Zabieg sposobem Zieglera wykonano w 8 miesiącu życia dziecka. W czasie operacji zidentyfikowano strefę przejściową na 65 cm od więzadła Treitza. Przed strefą przejściową poszerzony odcinek jelita na długości ok. 15cm. Wykonano myektomię – pasmo o szerokości ok. 1cm na długości ok. 12 cm na brzegu antykręzkowym, począwszy od uzwojonej poszerzonej strefy, dalej kontynuowano w formie myotomii na brzegu antykręzkowym do ok. 1,5cm od stomii. Po wzroście jelita położenie stomii oszacowano na ok. 80-100cm za więzadłem Treitza. Operację pacjent zniósł dobrze. W kolejnych dobach pobytu u chłopca stopniowo wdrażano żywienie doustne z dobrą tolerancją, zredukowano żywienie pozajelitowe. Przed wypisem uzyskano prawidłowe wydzielanie ze stomii, pełną tolerancję diety doustnej i przyrost masy ciała. Obecnie roczne dziecko wzrasta, raczkuje, prowadzone za rękę chodzi, z powodu nietolerancji pełnych karmień wymaga podaży częściowej hiperalimentacji dożylniej. Całkowita aganglionowa jelit stanowi wyzwanie diagnostyczno terapeutyczne z niepewnym rokowaniem odległym.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Analiza przypadku: 12-letnia pacjentka z wrodzoną przepukliną przeponową</b>		
<b>Autorzy:</b>	Liudmiła Valui, Anna Bryks-Laszkowska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Chirurgii Dziecięcej Szpital Specjalistyczny w Wejherowie		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<a href="#">X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023</a>	<b>x</b>
<b>Streszczenie:</b>	<p>Przepuklina przeponowa występuje z częstością 1:2500-4000 żywych urodzeń. Jest to wada wrodzona diagnozowana prenatalnie albo w okresie noworodkowym w związku z ciężkim stanem klinicznym. Przedstawiam analizę przypadku pacjentki 12 – letniej z prawdziwą przepukliną przeponową, do tej pory bezobjawowej. Pacjentka zgłosiła się z objawami bólu kręgosłupa odcinka piersiowego oraz wymiotami. W wykonanej diagnostyce obrazowej zdiagnozowano ubytek w lewej kopule przepony z wptukaniem się narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej. Dziecko zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Wykonano plastykę przepony z tkanek własnych bez użycia łąty. W dostępnym piśmiennictwie przypadki tego typu pacjentów opisywany są wyjątkowo rzadko a diagnoza bywa trudna do postawienia.</p>		



<b>Tytuł:</b>	<b>Biloma jako powikłanie tępego urazu jamy brzusznej u dziecka. Opis przypadku i przegląd piśmiennictwa</b>		
<b>Autorzy:</b>	Magdalena Matuszewska <sup>12</sup> , Maciej Krzeszewski <sup>1</sup> , Michał Dycio <sup>1</sup> , Jolanta Rysiakiewicz <sup>1</sup> , Anna Kosztowniak <sup>1</sup> , Monika Mikołajek <sup>3</sup> , Małgorzata Rapała <sup>1</sup> , Jan Godziński <sup>12</sup>		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	<sup>1</sup> Oddział Chirurgii Dziecięcej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka, Wrocław <sup>2</sup> Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu <sup>3</sup> Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka, Wrocław <a href="mailto:mag.matuszka@gmail.com">mag.matuszka@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wprowadzenie: Wątroba jest drugim co do częstości narządem, który ulega uszkodzeniu przy urazach jamy brzusznej. Częstość występowania obrażeń wątroby wzrasta w populacji dziecięcej. W literaturze opisywane są przypadki wtórnego wycieku żółci po tępych urazach wątroby, zarówno w obrębie dróg wewnątrzwątrobowych, jak i zewnątrzwątrobowych.</p> <p>Opis przypadku: 5-letnia dziewczynka po tępych urazach jamy brzusznej została przetransportowana przez zespół LPR do SOR w stanie ciężkim. W TK stwierdzono uszkodzenie wątroby IV stopnia wg skali AAST. Z objawami aktywnego krwawienia w stanie wstrząsu hipowolemicznego została przekazana bezpośrednio na blok operacyjny. W trakcie zabiegu wykonano packing. Kontrola jamy brzusznej nie wykazała uszkodzeń innych narządów. Zdecydowano o zeszczeniu rozległego pęknięcia mięszu wątroby opanowując krwawienie. 4 tygodnie po wypisaniu ze szpitala pacjentka rozwinęła olbrzymią torbiel żółciową, wymagającą przezskórnego drenażu pod kontrolą USG. Kolejne kontrole wykazały stopniowe powiększanie podwątrobowego zbiornika. Na podstawie cholangio-MR wysnuto podejrzenie wycieku żółci z lewego przewodu żółciowego. W wykonanym ERCP stwierdzono zwłókniałą brodawkę Vatera, którą nacięto. Po zabiegu pacjentka wymagała dalszych hospitalizacji z uwagi na rozwiniecie objawów zapalenia trzustki. Obecnie dziecko jest zdrowe, bez dolegliwości.</p> <p>Podsumowanie: Częstość powikłań żółciowych po urazach wątroby u dzieci wynosi 4%, obejmując m.in. torbiele i przetoki żółciowe. Diagnoza jest trudna a objawy zwykle niespecyficzne. Podstawowym badaniem obrazowym jest USG jamy brzusznej. Cholangio MR zazwyczaj pozwala dokładniej określić wielkość i rozmieszczenie bilomy. Drenaż przezskórny lub endoskopowy jest podstawową metodą leczenia chirurgicznego.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Wyboista droga procesu diagnostyczno-terapeutycznego moczenia moczowodowego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Aleksandra Bednarczyk, Anna Krzykawska – Gałuszek, Małgorzata Puziewicz-Krzemienowska, Paweł Mielczarek		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Oddział Chirurgii Dziecięcej mail: <a href="mailto:aleksandra.e.gladysz@gmail.com">aleksandra.e.gladysz@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem pracy było zdefiniowanie i przeanalizowanie trudności diagnostycznych oraz często napotykanych “pułapek” w procesie leczenia dzieci z moczeniem moczowodowym. Analiza porównawcza dwóch przypadków dotyczy dziewczynek.</p> <p>Pierwszym przypadkiem jest pacjentka 15-letnia: pierwotnie leczona z powodu moczenia niemonosymptomatycznego oraz agenezji i hipoplazji nerki lewej ze zdwojeniem nerki prawej, u której przed postawieniem ostatecznej diagnozy leczenie skupiało się na farmakoterapii i uroterapii nadreaktywnego pęcherza moczowego z dysfunkcyjną mikcją.</p> <p>Drugim przypadkiem jest dziewczynka 6-letnia, u której w pierwszej kolejności leczeniem objęte zostały odpływ pęcherzowo-moczowodowy II stopnia prawostronny oraz zdwojenie nerki lewej z torbielą ujścia pęcherzowego moczowodu segmentu górnego. W obu przypadkach postawienie ostatecznie trafnej diagnozy, wiążącej się z hipoplazją całej, lub segmentu nerki odpowiedzialnego za moczenie moczowodowe, skutkowało kwalifikacją do hemi- lub nefrektomii i dobrym efektem terapeutycznym pod postacią ustąpienia moczenia w pierwszej dobie pooperacyjnej.</p> <p>Praca ta, poza omówieniem diagnostyki i leczenia tytułowego rozpoznania, skupia się na zidentyfikowaniu czynników, które mogłyby ten proces zaburzyć.</p>		

## 9.12.2023 Sesja II.

<b>Tytuł:</b>	<b>Kryteria diagnostyczne kwalifikujące do leczenia operacyjnego pacjentów z wodonerczem – czy istnieją jasne wytyczne?</b>		
<b>Autorzy:</b>	Joanna Cybulska, Joanna Samotyjek, Beata Jurkiewicz		
<b>Ośrodek:</b>	Kliniczny Oddział Chirurgii Dziecięcej – Centrum Leczenia Kamicy w Dziekanowie Leśnym		
<b>E-mail:</b>			
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe	x
<b>8 grudnia 2023</b>		9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Cel pracy. Ocena doświadczeń własnych i przegląd literatury dotyczącej kwalifikacji do operacji wodonercza.</p> <p>Materiał i metody. W materiale własnym autora do operacji wodonercza kwalifikowane są dzieci, u których w scyntygrafii funkcja filtracyjna nerki ulega pogorszeniu, występują dolegliwości bólowe okolicy lędźwiowej, brzucha i /lub obserwuje się narastanie wodonercza w badaniach obrazowych USG, uroTK. W latach 2016–2020 w Klinice operowano z powodu wodonercza 77 dzieci. Obecnie część autorów uważa, że dzieci, u których w badaniu renoscyntygrafii dynamicznej czynność nerki zmienionej wodonerczowo wynosi &lt;35% nie wymagają operacji, ponieważ w obserwacjach wieloletnich jej funkcja nie ulega pogorszeniu, pomimo utrzymywania się cech uropatii zaporowej. Inni natomiast uważają, że dziecko ze znacznym poszerzeniem UKM w USG, a także obniżonym udziałem nerki w oczyszczaniu &lt;40% i zablokowanym odpływem moczu stwierdzanym w renoscyntygrafii powinno być leczone operacyjnie. Ponadto niektóre ośrodki przeprowadziły badania retrospektywne najczęściej oparte na powtarzanych badaniach ultrasonograficznych, oceniających: wymiar AP i kształt miedniczki, wielkość nerek, stopień wodonercza wg SFU, które mogłyby posłużyć jako kryteria kwalifikujące do zabiegu.</p> <p>Wyniki. Analiza prac wykazała, że większość dzieci z izolowanym wodonerczem nie wymagała zabiegu operacyjnego, ze względu na brak progresji zmian. Wśród operowanych dzieci skuteczność leczenia operacyjnego wynosi ok. 95% a w materiale autora wyniki operacji w 97,4% uznano za dobre.</p> <p>Wnioski. Brak wytycznych, które jednoznacznie umożliwiłyby kwalifikację pacjentów do operacyjnego leczenia wodonercza. W dostępnym piśmiennictwie opisano wiele zmiennych, indeksów itp. jako propozycje jasnych kryteriów determinujących konieczność operacyjnego leczenia wodonercza. Wciąż jednak wymagają one współpracy wieloośrodkowej i analizy większej grupy pacjentów.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Choroba Hirschsprunga i zespół wrodzonej ośrodkowej hipowentylacji – doświadczenia własne</b>		
<b>Autorzy:</b>	Magdalena Al-Ameri, Piotr Kaliciński, Małgorzata Markiewicz-Kijewska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IPCZD, <a href="mailto:m.al-ameri@ipczd.pl">m.al-ameri@ipczd.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp: Zespół Haddada jest rzadkim zaburzeniem genetycznym, na które składa się choroba Hirschsprunga oraz zespół wrodzonej ośrodkowej hipowentylacji (CCHS, zespół Ondyny). Większość przypadków spowodowana jest mutacją w genie PHOX2B.</p> <p>Metoda: Retrospektywna analiza historii przebiegu choroby u 8 pacjentów z zespołem Haddada hospitalizowanych w IP-CZD w latach 2011-2023.</p> <p>Wyniki: W latach 2005-2023 w IP-CZD leczono 8 pacjentów: 6 płci męskiej, 2 płci żeńskiej z powodu zespołu Haddada, z czego w IP-CZD pierwotnie zdiagnozowano 4 dzieci. 100% pacjentów wymagało wsparcia oddechowego i kwalifikowało się do założenia tracheostomii. W Oddziale Chirurgii IP-CZD hospitalizowano 6 pacjentów: 5 z totalną aganglionezą obejmującą całe jelito grube oraz końcowy fragment jelita cienkiego (u 1 pacjenta komórki zwojowe w kątnicy, u 3 dzieci komórki zwojowe w j.cienkim 50-60 cm przed zastawką Bauhina, u pozostałych brak danych), 1 pacjenta stwierdzono brak komórek zwojowych w odbytnicy. 4 pacjentów pierwotnie zdiagnozowanych w CZD zakwalifikowano do wyłonienia ileostomii pętlowej. U jednego z pacjentów wystąpiło ciężkie, nie poddające się leczeniu zapalenie jelit związane z chorobą Hirschsprunga, które uległo wyleczeniu po usunięciu całego odcinka bezzwojowego i wyłonieniu ileostomii końcowej. 2 pacjentów pierwotnie zdiagnozowanych w innych ośrodkach przyjęto do IP-CZD celem re-operacji i przeniesienia stomii z powodu wyłonienia ileostomii w odcinku bezzwojowym. Żadnego z pacjentów z totalną aganglionezą nie zakwalifikowano do operacji radykalnej z powodu krótkiego obwodowego odcinka jelita grubego, dobrego funkcjonowania na żywieniu doustnym i stomii oraz wysokiego ryzyka powikłań. U 3 pacjentów okres obserwacji zakończył się po okresie niemowlęcym z powodu zmiany ośrodka leczącego, jeden z nich miał wykonaną operację radykalną w innym ośrodku. W chwili obecnej jeden pacjent został przekazany do ośrodka dla dorosłych celem dalszego leczenia z powodu ukończenia 18 lat. Przeżywalność pacjentów w obserwacji wynosiła 100%.</p> <p>Wnioski: U pacjentów z CCHS i zaparciami zawsze należy wykluczyć chorobę Hirschsprunga. Dzieci z zespołem Haddada wymagają długoterminowej opieki wielospecjalistycznej. W związku z ograniczoną liczbą pacjentów w obserwacji, przypadek każdego pacjenta i kwalifikację do leczenia chirurgicznego należy rozpatrzyć indywidualnie.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>PID albo nie PID – oto jest pytanie</b>		
<b>Autorzy:</b>	J.Pilszak, A. Kalcowska, J.Łuczak, P.Dryjański, S.Pavlenko, D.Patkowski		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej we Wrocławiu <a href="mailto:jus.pilszak@gmail.com">jus.pilszak@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp: Zapalenie narządów miednicy mniejszej (pelvic inflammatory disease - PID) jest chorobą dotyczącą żeńskich narządów płciowych wewnętrznych. Zapadalność w Polsce szacuje się na ok 1,5% na rok. Najczęściej dotyka młode, aktywne seksualnie, kobiety w wieku 15-25 lat, a więc dotyczy również populacji pediatrycznej.</p> <p>Materiał i metody: retrospektywna analiza dokumentacji medycznej 2 pacjentek Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej we Wrocławiu</p> <p>Opisy przypadków: Prezentujemy dwa przypadki pacjentek, u których na podstawie badań obrazowych i konsultacji ginekologicznych rozpoznano ropień jajowodu. W obu przypadkach objawy, przed postawieniem diagnozy, utrzymywały się ponad 7 dni. Stosowano antybiotykoterapię zgodnie z wytycznymi leczenia PID nie uzyskując regresji zmiany w badaniach obrazowych. Konieczne były interwencje chirurgiczne. U pierwszej dziewczynki wykluczono ropień jajowodu - w laparoskopii śródoperacyjnie stwierdzono zapalenie wyrostka robaczkowego. U drugiej pacjentki wykonano jedynie drenaż przezskórny zmiany ropnej.</p> <p>Podsumowanie: Zapalenie narządów miednicy mniejszej u dziewczynek niewspółżyjących, u których nie potwierdzono czynników ryzyka rozwoju tej choroby, jest rzadkie. Dlatego w diagnostyce różnicowej należy zawsze uwzględnić m.in. ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, skręt jajnika, a także endometriozę czy nowotwory.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Wykonanie pankolektomii z wykorzystaniem procedury delayed ileoanal anastomosis u 15. letniej pacjentki z rodzinną polipowością gruczolakowatą jelita grubego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Karolina Polanowska, Krzysztof Dymek, Michał Tuchalski, Kacper Kroczek, Przemysław Gałązka		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy CM UMK w Toruniu.		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X
	<p><b>Wstęp:</b>Rodzinna polipowość gruczolakowata jelita grubego to choroba o podłożu genetycznym, która z uwagi na liczne polipy ulegające przemianie nowotworowej podlega leczeniu operacyjnemu. Całkowita kolektomia może zostać przeprowadzona metodą klasyczną, laparoskopową lub mieszaną. Nie ma w piśmiennictwie zgody co do metody wytworzeniu zespolenia ileoanalnego, która wiązałaby się z najmniejszym ryzykiem wczesnych i odległych powikłań chirurgicznych. Najczęściej stosuje się kolektomię z wyłonieniem czasowej ileostomii, której celem jest ochrona zespolenia jelitowego. Zabieg kolektomii może być wykonany z wytworzeniem zbiorników z jelita cienkiego typu „J” i „W” lub metodą koniec do końca. Autorzy przedstawiają technikę pierwotnego odroczonego zespolenia ileoanalnego wg Turnball’a-Cutait’a, która polega na wycięciu jelita grubego i wycisnieniu dystalnego odcinka jelita krętego przez odbył podczas 1. etapu operacji a w kolejnym etapie wykonaniu odroczonego zespolenia bez wyłonienia ileostomii protekcyjnej.</p> <p><b>Opis przypadku:</b> 15 - letnia pacjentka z potwierdzoną badaniem genetycznym rodzinną polipowością jelita grubego, po ocenie endoskopowej i potwierdzeniu cech dysplazji w zmianach polipowatych, została zakwalifikowana do zabiegu pankolektomii. Uwzględniając życzenie pacjentki dotyczące uniknięcia ileostomii zaproponowano wykonanie kolektomii z pierwotnym odroczonego zespoleniem ileoanalnym). W 1. etapie operacji wykonano mobilizację jelita grubego laparoskopowo a następnie z niewielkiego dostępu laparotomicznego i od strony światła jelita grubego (cięcie na wysokości około 2 cm powyżej linii „Z”) resekowano całe jelito grube. Wykonano zespolenie koloanalne jedynie w warstwie mięśniówkowo-surowicówkowej, pozostawiając około 4 cm dystalnego jelita cienkiego, wycisnionego przez odbył poza zespoleniem. Po 6. dniach, po powrocie perystaltyki i potwierdzeniu prawidłowego gojenia się zespolenia, wykonano 2. etap, w którym odcięto nadmiar jelita i ukończono zespolenie ileoanalne (pełnościenne zespolenie z adaptacją warstwy śluzówkowej). Przebieg pooperacyjny był niepowikłany, obserwowano dobrą akceptację pacjentki przeprowadzonych procedur. Okres obserwacji wynosi 9 miesięcy. Uzyskano dobry efekt czynnościowy, liczba wypróżnień do 3-4 stolców na dobę, bez epizodów brudzenia bielizny. Pacjentka rozpoczęła umiarkowaną aktywność fizyczną. Zastosowana metoda pozwala na brak narażenia na kontaminację zespolenia w pierwszym etapie leczenia. Kolejny etap przeprowadzono po ustąpieniu obrzęku zespolenia i po wtórnej ocenie warunków miejscowych. Podczas drugiego etapu dodatkowo chirurg miał możliwość oceny ukrwienia sprowadzonego odcinka jelita oraz wykonanie „pewnego” zespolenia bez napięcia. <b>Wnioski:</b> Na podstawie analizy piśmiennictwa oraz przedstawionego opisu przypadku wydaje się, że zaproponowana technika, pomimo braku zastosowania protekcyjnej ileostomii, była skuteczna i bezpieczna pod kątem małego ryzyka powikłań infekcyjnych w zakresie miednicy mniejszej oraz nieszczelności zespolenia u prezentowanej pacjentki. Możliwość uniknięcia ileostomii przyczyniła się do wysokiej akceptacji zaproponowanego leczenia chirurgicznego oraz uzyskania bardzo dobrego efektu kosmetycznego i czynnościowego. Szczegółowa rozmowa z pacjentką i rodziną przed zabiegiem operacyjnym pozwala na zindywidualizowanie proponowanego leczenia, które pozwala na pełną akceptację i dobrą współpracę z chorą oraz pozwala uzyskać satysfakcjonujący efekt końcowy.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Dla silnych w wierze nie ma rzeczy niemożliwych. Opis przypadku pacjenta z perforacją przełykowo-tchawiczą</b>		
<b>Autorzy:</b>	Ewelina Wojciechowska <sup>1</sup> , Marcin Łosin <sup>1</sup> , Andrzej Gołębiowski <sup>1</sup> , Hanna Garnier <sup>1</sup> , Monika Rosiński <sup>2</sup> , Romuald Lango <sup>2</sup> , Wojciech Karolak <sup>3</sup> , Witold Rzyman <sup>4</sup> , Piotr Chwirot <sup>4</sup> , Katarzyna Sinacka <sup>5</sup> , Maria Szyk-Augustyn <sup>6</sup> , Piotr Czauderna <sup>1</sup>		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	<sup>1</sup> Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Gdański Uniwersytet Medyczny <sup>2</sup> Klinika Kardiologii; <sup>3</sup> Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej <sup>4</sup> Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej; <sup>5</sup> Zakład Radiologii; <sup>6</sup> Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii; Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej; <a href="mailto:ewojciechowska@gumed.edu.pl">ewojciechowska@gumed.edu.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Pacjent 6-letni w stanie skrajnie ciężkim został przekazany do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku ze Szpitala w Elblągu z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej.</p> <p>W wywiadzie kwasica ketonowa na podłożu cukrzycy typu I rozpoznanej de novo. Dziecko obywatelstwa niemieckiego zdiagnozowane w szpitalu w Tiumentiu na zachodzie Syberii. W tamtejszym ośrodku ze względu na objawy oddechowe wykonano dodatkowo gastroscopię, bronchofiberoskopię oraz badanie TK klatki piersiowej, w którym rozpoznano patologiczną masę guzowatą śródpiersia uciskającą na oskrzele lewe, przemieszczającą drzewo oskrzelowe na stronę prawą. Proces diagnostyczny przebiegł bez powikłań, dziecko w stanie ogólnym dobrym, bez duszności wypisano ze szpitala, a rodzice zgodnie z zaleceniami udali się do Niemiec celem dalszej diagnostyki i leczenia. Podczas transportu lotniczego do Królewca chłopiec zaczął prezentować kaszel, który nasilił się podczas kolejnych godzin po wylądowaniu. W trakcie podróży samochodem przez Polskę do Niemiec stan dziecka skrajnie się pogorszył, do objawów dołączyły się fusowate wymioty. Ostatecznie pacjent został przetransportowany z Izby Przyjęć szpitala w Braniewie do Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, gdzie nastąpiło nagłe zatrzymanie krążenia z efektywną reanimacją krążeniowo-oddechową. W trybie natychmiastowym, ze względu na nieskuteczną wentylację, zdecydowano o wykonaniu TK klatki piersiowej, gastroscopii oraz ratunkowej implantacji stentu przełykowego z powodu rozległej przetoki przełykowo-tchawiczej, uszkodzenia śródpiersia oraz masywnego zapalenia płuc. Następnie dziecko przekazano do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, gdzie kontynuowano proces diagnostyczno-leczniczy. Potwierdzono obecność rozległej perforacji przełyku i tchawicy z destrukcją jej tylnej ściany w okolicy rozwidlenia na odcinku ok. 6 cm. Początkowo usunięto stent przełykowy i zastosowano terapię podciśnieniową endo-VAC. Z względu na rozległość uszkodzenia pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Ubytek w tchawicy zaopatrzone uszypułowanym płatem mięśniowym z przełyku, który zamknięto u góry i dołu staplerami. Nie potwierdzono obecności procesu nowotworowego; wykazano jedynie obecność zakażenia grzybiczego. Równocześnie stosowano pozaustrojowe natlenowanie krwi (ECMO). Przeprowadzona rekonstrukcja tchawicy i lewego oskrzela uległa wygojeniu. ECMO stosowano łącznie przez ponad 80 dni z optymistycznymi próbami redukcji wspomaganie oddechowego. Wykonywano liczne bronchofiberoskopie oraz nieudane próby założenia stentów przełykowo-tchawiczych. Ostatecznie uzyskano znaczącą poprawę stanu miejscowego i ogólnego pacjenta. Pozaustrojowe natlenowanie krwi jest stosowane od ponad 80 dni. Obecnie podejmowane są wydłużane stopniowo próby redukcji pozaustrojowego wspomaganie oddechowego celem całkowitego przejścia na respiratoroterapię. Nadal problemem jest uzyskanie skutecznej sameistnej wentylacji pacjenta oraz zaopatrzenie dwupoziomowej transekcji i ubytku przełyku.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Operacja stulejki z wykorzystaniem anastomatu - pierwsze spostrzeżenia</b>		
<b>Autorzy:</b>	Anna Sieńko, Marta Januszaniec-Włodarska, Jan Kaczmarczyk, Szymon Wilk, Piotr Pogorzelski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Szpital Dziecięcy im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza w Warszawie, Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa <a href="mailto:ania.sienko@hotmail.com">ania.sienko@hotmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Stulejka jest jedną z najczęstszych chorób chirurgicznych u pacjentów pediatrycznych. W leczeniu operacyjnym można zastosować różne techniki, m.in.: klasyczną lub z wykorzystaniem staplera (anastomatu).</p> <p>W naszym ośrodku dotychczas wykonano operację stulejki przy pomocy staplera u 21 pacjentów. 17 z nich wymagało dodatkowo plastyki krótkiego wędzidełka napletka klasyczną techniką chirurgiczną. U 2 pacjentów obserwowano krwawienie we wczesnym okresie pooperacyjnym, które wymagało reoperacji.</p> <p>Dzięki wykorzystaniu anastomatu czas zabiegu uległ znacznemu skróceniu. Efekt kosmetyczny, zarówno wczesny, jak i po zagojeniu rany jest w ocenie pacjentów, opiekunów i lekarzy operujących bardzo dobry. Część pacjentów, szczególnie w grupie młodszych chłopców, wymagała usunięcia materiału szewnego (metalowych zszywek) w trakcie kontroli w poradni ze względu na ich przedłużone utrzymywanie się, co wiązało się z koniecznością dodatkowej interwencji chirurgicznej.</p> <p>Na podstawie pierwszych doświadczeń z naszego ośrodka można stwierdzić, że obrzezanie z wykorzystaniem staplera może być stosowane jako alternatywa dla klasycznej operacji stulejki, szczególnie u starszych chłopców. Nasze wczesne spostrzeżenia wymagają jednak potwierdzenia na większej grupie pacjentów.</p>		



<b>Tytuł:</b>	<b>Nie taki diabeł straszny jak go malują - trudności diagnostyczne w torbielach jamy brzusznej na przykładzie dziesięcioletniej pacjentki ze zmianą płynową okolicy ogona trzustki</b>		
<b>Autorzy:</b>	Wojciech Rogula, Bartosz Gogolok, Justyna Łuczak, Dariusz Patkowski		
<b>Ośrodek:</b>	Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu		
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:wojciech.rogula@usk.wroc.pl">wojciech.rogula@usk.wroc.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp: Zmiany torbielowate wewnątrzbrzuszne, w zakresie trzewi i przestrzeni zaotrzewnowej, to schorzenia, które mogą pojawić się w każdym wieku. Trudność diagnostyczną sprawiają torbiele zwłaszcza umiejscowione w górnym piętrze jamy brzusznej ze względu na mnogość oraz bliskość możliwych punktów wyjścia i otaczających struktur. Podłożem do wytworzenia się takich zmian mogą być zarówno choroby przewlekłe lub wrodzone, infekcje, choroby onkologiczne, uraz. Niejednokrotnie jednak nie udaje się określić bezpośredniej przyczyny. Torbiele mogą dotyczyć zarówno organów miękkich, jak wątroba, śledziona, trzustka, nerka, ale także innych struktur, jak krezka jelita, ściana przewodu pokarmowego, otrzewna, naczynia. Objawy najczęściej są niespecyficzne i obejmują ból, wymioty, trudności w pasażu treści pokarmowej i wyczuwalny opór palpacyjnie przez powłoki brzuszne. Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest przedstawienie trudności diagnostycznych torbieli jamy brzusznej na przykładzie dziesięcioletniej pacjentki ze zmianą torbielowatą okolicy ogona trzustki. Opis przypadku: Dziewczynka w wieku 10 lat zgłosiła się w lipcu 2023 roku do Kliniki Chirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu z powodu dolegliwości bólowych brzucha skojarzonych z wysiłkiem fizycznym. W wykonanym USG w rejonie stwierdzono zmianę bezchową o częściowo pogrubiałej torebce, umiejscowioną w przestrzeni zaotrzewnowej, w okolicy ogona trzustki. Wykonano rezonans magnetyczny jamy brzusznej; wyniki w pierwszej kolejności wskazywały na torbiel krezki modelującą ogon trzustki, ewentualnie torbiel ogona trzustki lub malformację limfatyczną otrzewnej. Dziewczynkę zakwalifikowano ostatecznie do leczenia operacyjnego – laparoskopowego usunięcia torbieli jamy brzusznej, które wykonano 7 listopada 2023 roku. Śródoperacyjnie stwierdzono mobilną torbiel okolicy wnęki śledziony, z fragmentem ściany tożsamym morfologicznie ze śledzioną. Zmiana torbielowata najpewniej wywodziła się ze śledziony dodatkowej. Zabieg i okres okołozabiegowy przebiegły bez powikłań. Dziewczynka aktualnie jest bez dolegliwości. Wnioski: Przypadek opisanej dziewczynki jest przykładem, jak rozbieżne mogą być wyniki badań radiologicznych od obrazu śródoperacyjnego i ostatecznego rozpoznania. Zawsze należy więc poddać pod rozważenie inne, niejednokrotnie częstsze rozpoznania niż pierwotnie sugerowane. Konieczna jest także ścisła współpraca interdyscyplinarna, aby móc wzajemnie i na bieżąco wymieniać się spostrzeżeniami co do pacjenta. Ważną kwestią jest też umiejętność chirurga do samodzielnej interpretacji badań obrazowych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Postępowanie diagnostyczne oraz lecznicze u dzieci z zamkniętymi uszkodzeniami przyczepu dystalnego aparatu wyprostnego palców ręki</b>		
<b>Autorzy:</b>	Maximilian Śliwiński, Ireneusz Walaszek, Kaja Giżewska-Kacprzak		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie <a href="mailto:maximiliansliwinski@gmail.com">maximiliansliwinski@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Zamknięte uszkodzenia aparatu wyprostnego stawu międzypaliczkowego dalszego ("distal interphalangeal", DIP) palca ręki u dzieci, są wynikiem urazów związanymi z nadmiernym zgięciem lub przeprostem w stawie. Dochodzi wówczas do oderwania przyczepu ścięgna prostownika u podstawy paliczka dystalnego lub złamania awulsyjnego, w którym razem z przyczepem aparatu odrywa się fragment kostny. W obrazie klinicznym charakterystyczny jest deficyt wyprostów w stawie DIP, przy zachowanym czynnym zgięciu w stawie (palec "młoteczkowaty").</p> <p>Celem pracy jest analiza postępowania diagnostycznego oraz efektów leczenia zamkniętych uszkodzeń przyczepu dystalnego aparatu wyprostnego palców ręki u dzieci.</p> <p>Dokonano retrospektywnej analizy przebiegu leczenia operacyjnego oraz zachowawczego uszkodzeń przyczepu dystalnego aparatu wyprostnego u dzieci hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki PUM w Szczecinie oraz Poradni Przyklinicznej w latach 2019-2023. Do kategoryzacji uszkodzeń wykorzystano klasyfikację wg Doyle'a. Kryteria do kwalifikacji do leczenia operacyjnego obejmowały podwichnięcie dłoniowe paliczka dalszego, deficyt wyprostny &gt;20st, złamanie awulsyjne obejmujące &gt;40% powierzchni stawowej oraz szczelina między fragmentem kostnym, a podstawą paliczka dalszego &gt;2mm.</p> <p>Leczeniem objęto 61 dzieci. 36 dzieci leczono operacyjnie: 31 złamania awulsyjne leczono blokadą wyprostną Ishiguro lub za pomocą płyty kompresyjnej (1 pacjent). U pozostałych 5 wykonano rekonstrukcję przyczepu aparatu wyprostnego z czasową artrodezą DIP. 25 pacjentów leczono zachowawczo unieruchamiając staw DIP. Wykorzystując kryteria według Crawforda do oceny efektu leczenia operacyjnego 6 otrzymało wynik bardzo dobry, 25 wynik dobry, a 5 wynik zadowolający. W grupie pacjentów leczonych zachowawczo 7 otrzymało wynik bardzo dobry, 13 wynik dobry, 4 wynik zadowolający. Jeden pacjent otrzymał wynik niezadowolający, którego zakwalifikowano do leczenia wtórnego. Wykorzystując przejrzyste kryteria kwalifikacji do leczenia operacyjnego bądź zachowawczego zamkniętych uszkodzeń przyczepu dystalnego aparatu wyprostnego palca ręki można uzyskać dobry efekt końcowy. Blokada wyprostna metodą Ishiguro jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia złamań awulsyjnych podstawy paliczka dystalnego.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Rzadkie przypadki olbrzymich znamion barwnikowych dłoni i stóp z zajęciem palców. Postępowanie chirurgicznej w Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMiD</b>		
<b>Autorzy:</b>	Orest Szczygielski, Andrzej Kowal, Monika Szelemetko, Diyaa Alhashlamoun		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka <a href="mailto:monszelemetko@imid.med.pl">monszelemetko@imid.med.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wrodzone olbrzymie znamię barwnikowe (WOZB) definiuje się jako łagodną proliferację skórnych melanocytów. Manifestuje się klinicznie przy urodzeniu lub w pierwszych tygodniach życia. Ryzyko rozwoju czerniaka ze znamion wrodzonych sięga średnio 5% populacji. Celem pracy była ocena postępowania chirurgicznego oraz odległy wynik leczenia chirurgicznego w olbrzymich znamionach barwnikowych dłoni i stóp z zajęciem palców. W Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMiD w latach 2013-2023 wykonano 585 operacji u dzieci z dużymi i olbrzymimi znamionami barwnikowymi różnej lokalizacji. Wśród nich obserwowano 32 dzieci z olbrzymimi znamionami barwnikowymi o lokalizacji dystalnej kończyn górnych i dolnych bez zajęcia dłoni i stóp oraz 10 dzieci z lokalizacją znamienia na dłoniach lub stopach z zajęciem palców lub bez. Operowano i poddano ocenie 9 dzieci, u których wykonano wieloetapowe usunięcie znamienia z pokryciem ubytku powłok przy pomocy wolnych przeszczepów skóry pełnej grubości. Oceniono płęć dzieci, anatomiczną lokalizację znamienia barwnikowego, wiek w chwili pierwszego przeszczepu skóry, ilość operacji przeszczepowych, gojenie rany oraz odległy stan blizny pooperacyjnej. Operowano 9 z 10 dzieci. U 6 z nich znamię barwnikowe lokalizowało się na palcach dłoni, u 3 na palcach stopy. U 1 chłopca rodzice odstąpili od operacji. Wiek dzieci w chwili wykonania pierwszej operacji wynosił od 6 miesięcy (najmłodszy pacjent) do 9 lat (najstarszy pacjent). Przeszczepy skóry pobierano z podbrzusza. U 7 pacjentów leczenie zakończono, u 2 leczenie jest na etapie końcowym. W jednym przypadku po pierwszej operacji rozwinął się postępujący bliznowiec dłoni, wymagający wycięcia z powodu możliwego przykurczu. U 2 dzieci pojawiły się bliznowce łagodne, które jako problem wyłącznie kosmetyczny leczono miejscowo przeciwbliznowo oraz za pomocą laseroterapii. U 3 pacjentów pojawiło się przebarwienie skóry przeszczepionej w miejscu lokalizacji znamienia. U wszystkich dzieci w badaniach histopatologicznych usuniętych zmian nie stwierdzono komórek nowotworowych. W większości przypadków uzyskano dobry efekt kosmetyczny i funkcjonalny w okresie 10-letniej obserwacji. Podsumowując w naszej ocenie leczenie operacyjne rozpocząć należy w miarę możliwości jak najszybciej i w jak najmłodszym wieku. W okresie pooperacyjnym istotną rolę odgrywa leczenie przeciwbliznowe i rehabilitacja psychologiczna.</p>		

## 9.12.2023 Sesja III.

<b>Tytuł:</b>	<b>Urazy nerwów obwodowych – nieoczywista oczywistość</b>		
<b>Autorzy:</b>	Arkadiusz Kowalczyk, Agnieszka Ziemiecka, Piotr Pogorzelski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Pododdziałem Leczenia Oparzeń, Szpital Dziecięcy im. prof. Bogdanowicza w Warszawie <a href="mailto:arkadiusz.m.kowalczyk@gmail.com">arkadiusz.m.kowalczyk@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wstęp</p> <p>Urazy nerwów obwodowych stanowią skomplikowany problem kliniczny. Ze względu na często nieoczywiste i nie w pełni wyrażone objawy kliniczne, bywają przeoczone podczas pierwotnego zaopatrzenia uszkodzeń tkanek miękkich. Ich rekonstrukcja wymaga precyzji i może stanowić wyzwanie dla niedoświadczonego chirurga. Ze względu na złożoną patofizjologię gojenia nerwu, o powodzeniu zaopatrzenia chirurgicznego można wnioskować dopiero po długim okresie obserwacji. W niniejszej pracy przybliżymy podstawy procesów patologicznych zachodzących w uszkodzonym nerwie, których powinien być świadomy chirurg dziecięcy oraz zaprezentujemy przypadek dziewczynki z urazem gałęzi powierzchownej nerwu łokciowego, w toku obserwacji po rekonstrukcji.</p> <p>Opis przypadku</p> <p>16-letnia chora (LP) doznała rany ręki prawej na wysokości kanału Guyona. Przy przyjęciu rana krwawiąca, bez cech niedokrwienia ręki. W badaniu przedmiotowym zgłaszała zaburzenia czucia nie w pełni odpowiadające zakresowi unerwienia nerwu łokciowego. Została przyjęta na oddział chirurgiczny i zoperowana w trybie pilnym. Śródoperacyjnie stwierdzono przecięcie tętnicy łokciowej oraz gałęzi powierzchownej nerwu łokciowego, ciągłość gałęzi głębokiej była zachowana. Uszkodzony nerw oraz tętnicę zespolono bez napięcia koniec do końca. Nie stwierdzono powikłań we wczesnym okresie pooperacyjnym. W trakcie 11 miesięcy opieki ambulatoryjnej i rehabilitacji w warunkach domowych zaobserwowano postęp powrotu unerwienia czuciowego z zakresu rekonstruowanego nerwu, bez cech powstawania nerwiaka w badaniu przedmiotowym i ultrasonograficznym.</p> <p>Wnioski</p> <p>Objawy uszkodzenia nerwów obwodowych nie zawsze występują w pełnym zakresie lub pacjent nie podaje ich podczas wstępnego badania przedmiotowego. Z tego powodu każda rana w przypadku której występuje podejrzenie uszkodzenia struktur naczyniowo-nerwowych wymaga rewizji w warunkach bloku operacyjnego i eksploracji w kierunku potwierdzenia lub wykluczenia ww. urazów. Chirurdzy powinni dysponować wiedzą dotyczącą procesu gojenia nerwów obwodowych oraz znajomością metod ich chirurgicznej rekonstrukcji.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Prącie pograżone – leczenie chirurgiczne rzadkiego zaburzenia rozwojowego zewnętrznych narządów płciowych u chłopców</b>		
<b>Autorzy:</b>	Andrzej Kowal, Orest Szczygielski, Monika Szelemetko, Diyaa Alhashlamoun		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	<b>Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka</b> <a href="mailto:monszelemetko@imid.med.pl">monszelemetko@imid.med.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Prącie pograżone jest wrodzoną patologią zewnętrznych narządów płciowych polegającą na głębokim wadliwym umocowaniu prącia w otaczających wzniesienia łonowej fałdach tkanki tłuszczowej. Uważa się, że przyczyną tej wady jest nadmierny rozwój i nieprawidłowe przyczepy powięzi głębokiej prącia. Dodatkowo stwierdza się przerost tkanki tłuszczowej okolicy nadłonowej, stulejkę oraz krótkie wędzidełko napletka. W łagodnej postaci wady prącie wystaje ponad skórę moszny, w postaci wady o średnim nasileniu trudno jest wyczuć ciało jamiste prącia oraz widoczna jest charakterystyczna 'płatwa' skórna w kącie prąciowo-mosznym. W postaci ciężkiej prącie jest całkowicie pograżone w fałdach tkanki tłuszczowej. Wszyscy pacjenci z prąciem pograżonym powinni być konsultowani endokrynologicznie, aby wykluczyć ewentualne podłoże hormonalne. Celem pracy jest przedstawienie metody operacyjnej stosowanej w Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMiD oraz ocena wyników leczenia u chłopców z prąciem pograżonym. W Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMiD w latach 2004-2023 operowano 103 chłopców z powodu prącia pograżonego. Metoda operacji polegała na uwolnieniu i wycięciu nieprawidłowych przyczepów powięzi głębokiej, ufixowaniu pozostałości powięzi głębokiej do skóry i tkanki podskórnej, plastyce powierzchni brzusznej prącia oraz wycięciu nadmiaru tkanki tłuszczowej z okolicy łonowej. Ocena pooperacyjną przeprowadzono miesiąc i 6 miesięcy po operacji wykonując badanie kliniczne. Dziesięciu pacjentów zakwalifikowano do łagodnej postaci wady, pięćdziesięciu ośmiu do średniej a trzydziestu pięciu do ciężkiej postaci wady. Badania endokrynologiczne nie wykazały znaczących odchyłań od stanu prawidłowego. Chłopcy byli operowani w wieku od 14 miesięcy do 17 lat. W obserwacji pooperacyjnej stwierdzono u 97 chłopców dobry wynik pooperacyjny polegający na odpowiednim do wieku wyglądzie zewnętrznych narządów płciowych. Prawidłowe rozpoznanie prącia pograżonego u chłopców jest podstawą kwalifikacji do odpowiedniego leczenia chirurgicznego. Zastosowanie metody operacyjnej likwidującej przyczynę anatomiczne zaburzeń w prawidłowej budowie prącia pozwoliło na uzyskanie satysfakcjonującego wyglądu zewnętrznych narządów płciowych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Budżetowy symulator laparoskopowy – zwiększenie dostępności treningu umiejętności chirurgii małoinwazyjnej wśród studentów kierunków medycznych</b>		
<b>Autorzy:</b>	Joanna Matylda Łysak, Monika Lis, Piotr Roman Więckowski, Marek Stefanowicz		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Warszawski Uniwersytet Medyczny Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka <a href="mailto:Joannaioanna959@gmail.com">Joannaioanna959@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Dostęp studentów medycyny w Polsce do szkolenia z zakresu chirurgii małoinwazyjnej jest ograniczony. Składa się na to niska dostępność symulatorów laparoskopowych oraz wysoka cena komercyjnych rozwiązań.</p> <p>Nasz zespół stworzył trenażer laparoskopowy wykorzystując materiały powszechnie dostępne w sklepie z artykułami budowlanymi i na portalach aukcyjnych. W skład trenażera wchodzi 4 podstawowe moduły służące do treningu koordynacji „oko – ręka”. Dodatkowo, w miarę rozwoju projektu dodaliśmy 2 moduły zaawansowane – Moduł szycia laparoskopowego i Moduł Endoloop.</p> <p>W pracy tej przedstawiliśmy szczegółową instrukcję stworzenia takiego trenażera wraz z ilustracjami poglądowymi.</p> <p>W celu wstępnej oceny jakości treningu z użyciem trenażera DIY przeprowadziliśmy badanie, w którym studenci mogli wykonywać zadania na trenażerach komercyjnych i porównać to doświadczenie z doświadczeniem używania naszego trenażera.</p> <p>W ankiecie z użyciem skali Likerta przeprowadzonej po szkoleniu studenci stwierdzili, że jakość treningu była wysoka i porównywalna z treningiem z użyciem rozwiązań komercyjnych. Wszyscy badani studenci uznali trening za pozytywne doświadczenie.</p> <p>Niskokosztowy symulator laparoskopowy wykonany według projektu naszego zespołu jest prosty w konstrukcji, nie wymaga specjalistycznych materiałów (wykluczając instrumenty laparoskopowe) oraz został uznany za nieustępujący jakością modelom komercyjnym. Rozpowszechnienie użytkowania takiego typu urządzeń mogłoby poprawić dostępność treningu chirurgii małoinwazyjnej dla studentów kierunków medycznych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Budżetowy symulator laparoskopowy – zwiększenie dostępności treningu umiejętności chirurgii małoinwazyjnej wśród studentów kierunków medycznych</b>		
<b>Autorzy:</b>	Joanna Matylda Łysak, Monika Lis, Piotr Roman Więckowski, Marek Stefanowicz		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Warszawski Uniwersytet Medyczny Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka <a href="mailto:Joannaioanna959@gmail.com">Joannaioanna959@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Dostęp studentów medycyny w Polsce do szkolenia z zakresu chirurgii małoinwazyjnej jest ograniczony. Składa się na to niska dostępność symulatorów laparoskopowych oraz wysoka cena komercyjnych rozwiązań.</p> <p>Nasz zespół stworzył trenażer laparoskopowy wykorzystując materiały powszechnie dostępne w sklepie z artykułami budowlanymi i na portalach aukcyjnych. W skład trenażera wchodzi 4 podstawowe moduły służące do treningu koordynacji „oko – ręka”. Dodatkowo, w miarę rozwoju projektu dodaliśmy 2 moduły zaawansowane – Moduł szycia laparoskopowego i Moduł Endoloop.</p> <p>W pracy tej przedstawiliśmy szczegółową instrukcję stworzenia takiego trenażera wraz z ilustracjami poglądowymi.</p> <p>W celu wstępnej oceny jakości treningu z użyciem trenażera DIY przeprowadziliśmy badanie, w którym studenci mogli wykonywać zadania na trenażerach komercyjnych i porównać to doświadczenie z doświadczeniem używania naszego trenażera.</p> <p>W ankiecie z użyciem skali Likerta przeprowadzonej po szkoleniu studenci stwierdzili, że jakość treningu była wysoka i porównywalna z treningiem z użyciem rozwiązań komercyjnych. Wszyscy badani studenci uznali trening za pozytywne doświadczenie.</p> <p>Niskokosztowy symulator laparoskopowy wykonany według projektu naszego zespołu jest prosty w konstrukcji, nie wymaga specjalistycznych materiałów (wykluczając instrumenty laparoskopowe) oraz został uznany za nieustępujący jakością modelom komercyjnym. Rozpowszechnienie użytkowania takiego typu urządzeń mogłoby poprawić dostępność treningu chirurgii małoinwazyjnej dla studentów kierunków medycznych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Urazy trampolinowe u dzieci</b>		
<b>Autorzy:</b>	Vitalii Zaft		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział chirurgii dziecięcej Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w RADOMIU <a href="mailto:vitalii.zaft@wss.com.pl">vitalii.zaft@wss.com.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- szkoleniowa 9 grudnia 2023 <b>doniesienie ustne</b>	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>W prezentacji przedstawia się pojęcie urazu trampolinowego , zalecenie, przeciwwskazania do skakania na trampolinie u dzieci różnych grup wiekowych, przedstawiona fizyka skakania na trampolinach . Niebezpieczeństwa skakania u małych dzieci.</p> <p>Również przedstawione przypadki uszkodzeń trampolinowych oddziału chirurgii dziecięcej MSS w Radomiu za 9 mies. bieżącego roku</p>		



Tytuł:	<b>Nietypowe wady dróg żółciowych u dzieci</b>		
Autorzy:	Marta Skwarek, Adam Kowalski, Marek Stefanowicz, Grzegorz Kowalewski, Hor Ismail, Marek Szymczak, Piotr Kaliciński		
Ośrodek: E-mail:	Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów <a href="mailto:m.skwarek@ipczd.pl">m.skwarek@ipczd.pl</a>		
XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	X
Streszczenie:	<p><b>Wstęp:</b> Torbiele dróg żółciowych są wrodzoną patologią, polegającą na poszerzeniu zewnątrzwątrobowych i/lub wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych. Klasyfikacja obejmująca 5 głównych typów wady opiera się na lokalizacji, kształcie i rozległości zmian. Zdarzają się jednak przypadki nietypowe, nie dające się w sposób całkowity przypisać do danych kryteriów.</p> <p><b>Cel pracy:</b> Celem pracy jest prezentacja nietypowych przypadków i wyników leczenia dzieci z nietypowymi wadami dróg żółciowych.</p> <p><b>Materiał i metody:</b> W latach 2017-2021 leczonych operacyjnie było 4 pacjentów z nietypowymi wadami dróg żółciowych. U jednego pacjenta rozpoznano torbielowate poszerzenie dróg żółciowych we wnęce wątroby w obrębie mięszu z bezpośrednim ujściem licznych obwodowych dróg żółciowych. W drugim przypadku stwierdzono izolowane poszerzenie dróg żółciowych dolnych segmentów prawego płata wątroby. U trzeciego pacjenta stwierdzono izolowane poszerzenie przewodu pęcherzykowego. U czwartego dziecka w trakcie operacji TDŻ stwierdzono otwór na tylnej ścianie torbieli komunikujący z pseudotorbielą żółciową, która powstała prawdopodobnie w trakcie życia płodowego wskutek perforacji TDŻ. U wszystkich pacjentów wykonano zespolenie poszerzonych dróg żółciowych do pętli Roux-Y.</p> <p><b>Wyniki:</b> W żadnym przypadku nie stwierdzono powikłań wczesnych i odległych. Wszystkie dzieci mają prawidłową funkcję wątroby, nie demonstrują zaburzeń odpływu żółci w badaniach obrazowych. Czas obserwacji wynosi 1-6 lat.</p> <p><b>Wnioski:</b> Mimo, że zdecydowana większość TDŻ dotyczy poszerzenia przewodu żółciowego wspólnego, zdarzają się przypadki nietypowych wad dróg żółciowych. Leczenie pacjentów z nietypowymi patologiami dróg żółciowych wymaga właściwie przeprowadzonej diagnostyki oraz dużego doświadczenia w chirurgii wątroby i dróg żółciowych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Krwotok wewnątrzczaszkowy z pękniętego tętniaka rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej - diagnostyka i leczenie na przykładzie opisu przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Natalia Retkowska-Tomaszewska <sup>1,2</sup> Bartosz Żabicki <sup>3</sup> Paweł Jarmużek <sup>1</sup> Przemysław Mańkowski <sup>2</sup>		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	1) Kliniczny Oddział Neurochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze 2) Oddział Neurochirurgii Dziecięcej Kliniki Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Prezentowana praca ma na celu przedstawienie objawów, diagnostyki różnicowej oraz dostępnych metod leczenia krwotoku z pękniętego tętniaka na przykładzie rzadkiego przypadku krwotoku z tętniaka rozwidlenia tętnicy szyjnej wewnętrznej u 13-letniej pacjentki.</p> <p>Tętniaki krążenia mózgowego w pediatrycznej grupie pacjentów stanowią poniżej 2% wszystkich opisywanych przypadków.</p> <p>Dziecięce wewnątrzczaszkowe tętniaki różnią się w wielu aspektach od tętniaków u pacjentów dorosłych. Różnice dotyczą epidemiologii, etiologii, morfologii, lokalizacji, objawów klinicznych jak również postępowania, a różnice te zacierają się wraz z wiekiem. Średni wiek rozpoznania tętniaka tętnicy mózgowej w pediatrycznej grupie pacjentów wynosi 12-14 lat, 2-10% w wieku poniżej 5 lat, a 20% przypadków rozpoznawanych jest w pierwszej dekadzie życia. Częściej występują u chłopców, a tętniaki dystalnych naczyń mózgowych oraz w nietypowych lokalizacjach częściej występują u dzieci niż u dorosłych.</p> <p>Krwotok z pękniętego tętniaka tętnicy mózgowej najczęściej objawia się krwotokiem podpajęczynówkowym (SAH) i jest to druga co do częstości przyczyna SAH po krwotokach pourazowych (tSAH). Krwotok dokomorowy może być również spowodowany krwotokiem z pękniętego tętniaka i najczęściej dotyczy patologii tętnicy szyjnej wewnętrznej.</p> <p>Złotym standardem leczenia krwotoków z pękniętego tętniaka aktualnie jest leczenie wewnątrznaczyniowe, ale niektóre sytuacje kliniczne wymagają zmodyfikowanego interdyscyplinarnego postępowania.</p>		

## Postery

<b>Tytuł:</b>	<b>Wolny płat mikronaczyniowy jako metoda leczenia u dziecka z urazem skalpu i towarzyszącym urazem wielonarządowym</b>		
<b>Autorzy:</b>	Roksana Barglik <sup>1</sup> , Łukasz Krakowczyk <sup>2</sup> , Andrzej Grabowski <sup>1</sup> , Michał Pasierbek, Wojciech Korlacki <sup>1</sup>		
<b>Ośrodek:</b>	<sup>1</sup> - Oddział Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Zabrze <sup>2</sup> - Oddział Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach <a href="mailto:roksana.barglik@gmail.com">roksana.barglik@gmail.com</a>		
<b>E-mail:</b>			
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	P
<b>Streszczenie:</b>	W celu rekonstrukcji dużych ubytków w obrębie głowy i szyi można wykorzystać wolne płaty na mikrozespoleniach naczyniowych. Dają one szanse pacjentom na zamknięcie rozległych ran oraz na dobre efekty funkcjonalne i estetyczne. Autorzy przedstawiają przypadek 14-letniej dziewczynki po urazie wielonarządowym z towarzyszącym urazem skalpu powstałym wskutek wypadku komunikacyjnego, leczonej mikronaczyniowym wolnym płatem skórno-powięziowym pobranym z uda z zastosowaniem „kiss flap technique”.		

<b>Tytuł:</b>	<b>Wrodzony ubytek skóry głowy – efekty leczenia chirurgicznego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Paulina Brauner, Dominika Krakowczyk, Łukasz Krakowczyk, Tomasz Koszutski		
<b>Ośrodek:</b>	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Oddział Chirurgii i Urologii		
<b>E-mail:</b>			
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Wrodzony ubytek skóry (ACC) jest rzadką (0,5-1;10000), niejednorodną wadą wrodzoną, która charakteryzuje się miejscowym lub rozległym brakiem skóry.</p> <p>Najczęściej dotyczy skalpu – szczyt głowy lub linia pośrodkowa, ale może pojawić się również na tułowiu lub kończynach. W większości przypadków jest wadą powierzchniową dotyczącą samej skóry, istnieją jednak postacie, gdy wadzie tej towarzyszy brak kości i opony twardej. Najpopularniejszą skalą klasyfikującą jest nadal (1986r) 9 grup zaproponowanych przed Friedena.</p> <p>Wrodzony ubytek skóry najczęściej występuje w postaci izolowanej, ale może również współistnieć z innymi anomaliami np. rozszczepem podniebienia, przepukliną pępkową, wadami serca, oczu przewodu pokarmowego, ośrodkowego układu nerwowego, innymi chorobami skóry. W piśmiennictwie opisuje się również współwystępowanie ACC z trisomią chromosomu 13, 4p-, zespołem Adamsa i Oliviera oraz zespołem Dellemana.</p> <p>Większość przypadków ACC ma jednak charakter sporadyczny (niedziedziczny) i występuje u poza tym zdrowych dzieci.</p> <p>Etiologia zespołu pozostaje ciągle nieznaną, wewnątrzmaciczne narażenie na leki przeciwtarczycowe, zwłaszcza tiamazol, może zwiększać ryzyko ACC.</p> <p>Rozpoznanie różnicowe agenezji skóry głowy obejmuje uraz, zakażenie (wirusowe lub bakteryjne) i znamię łojowe.</p> <p>Leczenie zależy od głębokości i rozległości zmian, w znacznej większości stosuje się leczenie zachowawcze – zmiany pokrywają się skórą samoistnie (skóra nieowłosiona).</p> <p>Mniej jest doniesień na temat olbrzymich ACC na głowie.</p> <p>Celem pracy jest przedstawienie możliwych sposobów leczenia ACC, a także przedstawienie efektów chirurgicznego leczenia olbrzymiego, wrodzonego ubytku skóry głowy u 2 noworodków w naszym ośrodku z wykorzystaniem płatów przesuniętych opartych na naczyniach potylicznych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>W pogoni za przetoką - studium przypadku 11-latka z chorobą Crohna</b>		
<b>Autorzy:</b>	Dryjański Piotr <sup>1</sup> , Karwot Sara <sup>1</sup> , Gogolok Bartosz <sup>1</sup> , Kalcowska Alicja <sup>1</sup> , Łuczak Justyna <sup>1</sup> , Anna Kofla-Dłubacz <sup>2</sup> , Tomasz Pytrus <sup>2</sup> , Patkowski Dariusz <sup>1</sup>		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	<sup>1</sup> Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej USK we Wrocławiu <sup>2</sup> Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia USK we Wrocławiu <a href="mailto:piotr.dryjanski@usk.wroc.pl">piotr.dryjanski@usk.wroc.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	P
<b>Streszczenie:</b>	<p><b>Wstęp i cel pracy:</b> Przetoki jelitowe, często towarzyszące chorobie Crohna, dotyczą około 10-15% dzieci w momencie diagnozy i 30% w ciągu życia. W 5% przypadków są jedynym objawem, a przetoki jelitowo-skinne występują u 2% chorych. Celem tej pracy jest przedstawienie przypadku 11-letniego chłopca o nietypowym przebiegu schorzenia ze szczególnym uwzględnieniem postępowania chirurgicznego.</p> <p><b>Materiały i metody:</b> Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p><b>Studium przypadku:</b> 11-letni chłopiec przewlekłe leczony z powodu choroby Crohna, hospitalizowany z powodu ropnia w pachwinie w Klinice Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia. Początkowe objawy, takie jak zaczerwienienie i suchość skóry, były leczone ambulatoryjnie cefalosporyną II generacji, a następnie klarytromycyną (konsultowany chirurgicznie). Z uwagi na brak korzystnego efektu leczenia wprowadzono w szpitalu ceftriakson i metronidazol, co zaowocowało częściową poprawą. Badanie tomografii komputerowej sugerowało obecność ropnia i przetoki jelitowej w miejscu nacieku. Ponadto stwierdzono metaliczne ciało obce w świetle jelita w rzucie miednicy mniejszej, w odcinku trudnym do dokładnej lokalizacji i możliwe połączenie z przetoką. Sigmoidoskopia nie potwierdziła obecności ciała obcego. W dalszej diagnostyce badanie USG ujawniło duży ropień, jednak bez widocznej przetoki. Ropień nacięto w trybie ostrożydurowym. Następnie podjęto próbę odnalezienia ciała obcego podczas kolonoskopii oraz enteroskopii, jednak w dostępnym zakresie badania przedmiotu nie uwidoczniiono. Chłopca zakwalifikowano do zabiegu laparoskopii zwiadowczej, która wykazała monetę w świetle jelita cienkiego, bez śladu przetoki jelitowej, której istnienie podejrzewano wobec jej kilkukrotnych opisów w badaniach obrazowych. Jelita i otrzewna ścienna jamy brzusznej były makroskopowo prawidłowe bez oczekiwanych zrostów i nacieków. Rana pachwiny pozostaje w trakcie gojenia.</p> <p><b>Podsumowanie:</b> Nietypowa manifestacja choroby Crohna - przetoka węzłowa i ciało obce przewodu pokarmowego to wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne, które wymaga kompleksowej oceny klinicznej. Technika laparoskopowa umożliwiła w tym przypadku małoinwazyjną interwencję diagnostyczno-terapeutyczną.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Współwystępowanie atrezji jelita grubego z chorobą Hirschsprunga- opis przypadków</b>		
<b>Autorzy:</b>	Joanna Gajęcka, Magdalena Al-Ameri, Piotr Kaliciński, Małgorzata Markiewicz-Kijewska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, IP-CZD <a href="mailto:j.gajECKa@ipcZd.pl">j.gajECKa@ipcZd.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Atrezja jelita grubego, jako wada wrodzona występuje dość rzadko (częstość występowania ok 1:15-20tys. urodzeń). Często wadzie tej towarzyszy współwystępowanie innych anomalii takich jak: wady szkieletu, wady serca, choroba Hirschsprunga, wytrzewienie czy przepuklina pępowinowa. Celem naszej pracy jest przedstawienie przypadków współwystępowania atrezji jelita grubego z chorobą Hirschsprunga u pacjentów leczonych w Klinice Chirurgii IPCZD w latach 2011-2023.</p> <p>Prezentujemy przebieg leczenia 3 pacjentów, dwóch dziewczynek i chłopca, u których w pierwszych dobach życia wykonano laparotomię z powodu niskiej niedrożności przewodu pokarmowego oraz wyłoniono stomię ( w jednym przypadku jejunostomię, w dwóch przypadkach kolostomię). U dwójki dzieci stwierdzono atrezję wstępnicy, a u jednego atrezję poprzecznicy. Tylko w jednym przypadku już w trakcie pierwotnej laparotomii wysunięto podejrzenie choroby Hirschsprunga i pobrano biopsje jelita grubego do badania histopatologicznego. W dwóch przypadkach przed odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego nie wykonywano biopsji odbytnicy, opóźniając rozpoznanie choroby Hirschsprunga. Spowodowało to wystąpienie u dzieci objawów niedrożności przewodu pokarmowego, przez co pacjenci wymagali dodatkowych zabiegów operacyjnych. Ostatecznie u każdego z tych pacjentów rozpoznano chorobę Hirschsprunga i wykonano operację Duhamela-Martina Ikedy z zespoleniem ileorektalnym, z dobrym efektem odległym.</p> <p>Współwystępowanie atrezji j. grubego i ch. Hirschsprunga jest niezwykle rzadkie Na podstawie analizy historii naszych pacjentów należy podkreślić, że przed decyzją o odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego wskazane jest wykluczenie współistnienia chorób z kręgu dysganglionoz, aby zapobiec niepotrzebnym zabiegom operacyjnym.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Urazowe uszkodzenie trzustki – opis przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Marta Gapińska, Wojciech Darmofalski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p><b>Wstęp:</b> Budowa anatomiczna oraz położenie trzustki sprawiają, że nieduży uraz powodujący jej dociśnięcie do kręgosłupa doprowadza do uszkodzenia tego narządu. Diagnostyka i leczenie pacjentów z urazami trzustki pozostaje istotnym problemem w traumatologii dziecięcej.</p> <p><b>Cel pracy:</b> Diagnostyka i leczenie urazów trzustki na podstawie przypadku 9 letniej dziewczynki z urazem tępyj jamy brzusznej, którego doznała uderzając się o kierownicę rowerową. W oparciu o badanie fizykalne, laboratoryjne oraz obrazowe rozpoznano urazowe uszkodzenie trzustki III stopnia. Zakwalifikowano pacjentkę do laparotomii. Śródoperacyjnie stwierdzono całkowite uszkodzenie trzustki w połowie trzonu. Usunięto dystalny fragment z zachowaniem śledziony. Pozostawiony kikut zabezpieczono siecią. Prowadzono dalsze leczenie pacjentki w Oddziale uzyskując stopniową poprawę stanu klinicznego.</p> <p><b>Wyniki:</b> Pacjentkę wypisano do domu w 13 dobie po zabiegu operacyjnym. W momencie wypisu wartości parametrów zapalnych oscylowały w granicach normy. Pacjentka nie wymagała suplementacji pankreatyny. Nie zaobserwowano zaburzeń wewnątrzwydzielniczych trzustki.</p> <p><b>Wnioski:</b> Postępowanie terapeutyczne należy każdorazowo dobierać indywidualnie, uwzględniając przy tym stan ogólny dziecka, stopień urazu trzustki, urazy współistniejące oraz dostępność metod diagnostycznych i terapeutycznych. Urazy tępe jamy brzusznej zawsze niosą ze sobą ryzyko uszkodzenia narządów wewnętrznych. Częściowa dystalna pankreatektomia wydaje się być optymalnym sposobem leczenia urazów trzustki III stopnia.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Metody leczenia ran w chirurgii onkologicznej u dzieci</b>		
<b>Autorzy:</b>	Irena Gil , Bernarda Kazanowska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu Irena.gil@usk.wroc.pl		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem prezentacji jest przedstawienie przykładów leczenia ran przewlekłych u dzieci dotkniętych chorobami onkologicznymi – właściwego doboru opatrunków, zgodnie z obowiązującymi procedurami w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu.</p> <p>Obecnie na rynku polskim dostępne jest ponad 600 różnych rodzajów opatrunków. Właściwie dobrany opatrunek gwarantuje szybkie oraz skuteczne leczenie rany. Właściwie dobrany opatrunek powinien skracać czas gojenia, dbać o wilgotne środowisko rany, a przede wszystkim zapewniać bezbolesność podczas jego zmiany, co przełoży się na lepszą jakość życia pacjenta i jego rodziny. W leczeniu ran, zwłaszcza przewlekłych, u dzieci dotkniętych chorobami onkologicznymi, bardzo ważna jest skuteczność opatrunku oraz komfort małego pacjenta. Całkowicie bezbolesne zmiany opatrunku stanowią jeden z kluczowych elementów doboru właściwej procedury. Kolejną ważną kwestią jest szybkie uzyskanie efektu terapii, która pozwoli na kontynuację leczenia onkologicznego. Podczas doboru opatrunków u niemowląt i dzieci należy pamiętać, że ich skóra nie jest w pełni rozwinięta, dojrzewa i zmienia się do 3 roku życia. Jest cieńsza, gruczoły potowe i łojowe nie są w pełni wykształcone, co ma istotny wpływ na proces termoregulacji. Większa przepuszczalność skóry dzieci powoduje, że płaszcz hydrolipidowy nie chroni jej w pełni przed czynnikami zewnętrznymi a stosunek powierzchni skóry do masy ciała jest znacznie wyższy, niż u dorosłych. Skóra noworodka ma pH bliskie neutralnego, w wyniku czego jest bardziej podatna na infekcje i podrażnienia.</p> <p>W zależności od rodzaju terapii onkologicznej, którą należy zastosować u małego pacjenta (np. chemioterapia, radioterapia, sterydoterapia, czy terapie łączone), należy z największą starannością dbać o leczenie powikłań z nią związanych, a do nich należy również leczenie ran.</p>		



<b>Tytuł:</b>	<b>Przepuklina przeponowa z towarzyszącą olbrzymią przepukliną pępowinową</b>		
<b>Autorzy:</b>	Wojciech Gług, Aleksandra Jasińska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii Dziecięcej i Pediatrii, Dziecięcy Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego <a href="mailto:w.k.glug@gmail.com">w.k.glug@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	<b>x</b>
<b>Streszczenie:</b>	<p><b>Wstęp:</b> Wady towarzyszące wśród pacjentów z przepukliną przeponową wrodzoną występują u ok 30-40% pacjentów. Omphalocele występuje u mniej niż 1% dzieci z CDH. Współwystępowanie obu wad wiąże się z dwukrotnie niższą przeżywalnością i dłuższym czasem hospitalizacji. Ponad połowa noworodków nie kwalifikuje się do leczenia operacyjnego. W materiale Kliniki złożonym z 261 przypadków wrodzonych CDH opisano 3 pacjentów CDH+O, spośród których 2 nie zakwalifikowano do operacji.</p> <p><b>Opis przypadku:</b> Noworodek płci męskiej urodzony w 34 tygodniu ciąży drogą cięcia cesarskiego z rozpoznaną prenatalnie CDH po stronie lewej oraz omphalocele. Pacjent zaintubowany w 6 minucie życia. Operowany w 3 dobie życia – zawartość omphalocele była wypełniona wątrobą, natomiast z klatki piersiowej odprowadzono jelita wraz z żołądkiem, śledzioną i nerką lewą. Ubytek w przeponie typu D zaopatrzone łąką. W powłoki jamy brzusznej wszyto worek silo. Drugi etap leczenia, plastyka i zamknięcie powłok odbył się w w 7 dobie po pierwszej operacji. Okres pooperacyjny był niepowikłany, rozpoczęto podaż enteralną z dobrą tolerancją. Obecnie (57 d.ż.) dziecko znajduje się pod dalszą opieką OITN.</p> <p><b>Wnioski:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Częstość współistnienia CDH i omphalocele w naszym materiale wynosi 1.15%.</li> <li>2. Leczenie chirurgiczne CDH+O jest możliwe po uprzednim ustabilizowaniu pacjenta.</li> <li>3. Wybór leczenia jedno lub wieloetapowego jest zależny od ubytku powłok brzucha, podobnie jak w izolowanym omphalocele.</li> </ol>		

Tytuł:	<i>Masywny guz policzka i szyi u noworodka – opis przypadku</i>		
Autorzy:	<i>Paweł Haliński<sup>1</sup>, Łukasz Krakowczyk<sup>2</sup>, Marcin Polok<sup>1</sup></i>		
Ośrodek: E-mail:	<i><sup>1</sup>Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze</i>		
XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe	X
Streszczenie:	<p>3- tygodniowy noworodek płci męskiej z rozpoznaniem prenatalnie olbrzymim, dwuogniskowym guzem policzka i szyi po stronie lewej obejmującym nerw twarzowy został przyjęty do kliniki. Prenatalnie wykonano rezonans magnetyczny głowy i szyi, wykazano guz okolicy ślinianki przysznej prawej z policyklicznym ogniskiem o średnicy około 4cm. W MR postnatalnym , zmiana wielotorbielowata sięgała od łuku jarzmowego do okolicy podżuchwowejwo-sutkowego, lewej tętnicy szyjnej wspólnej, lewej ślinianki przysznej, przemieszczała krtań i dolną część gardła. Całkowite rozmiary guza wynosiły 6,6 cm (x 5,2 cm (x 7,7cm cm. W znieczuleniu ogólnym wykonano zabieg operacyjny. Wykonano cięcie poprzeczne poniżej żuchwy, oraz podłużne na policzku, usunięto guz o morfologii malformacji limfatycznej z zaoszczędzeniem włókien nerwu twarzowego i sąsiadujących narządów. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjenta wypisano w 5.dobie pooperacyjnej. W obserwacji pooperacyjnej obecnie około 2-miesięcznej utrzymuje się jedynie śladowy niedowład lewego kącika ust. W badaniu histopatologicznym wykazano malformację naczyniową typu limfatycznego.</p>		

Tytuł:	<b>Perforacja dwunastnicy – czy możliwa jest interwencja laparoskopowa?</b>		
Autorzy:	Paweł Haliński, Paweł Żuk, Marcin Polok		
Ośrodek: E-mail:	<sup>1</sup> Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze		
XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe	X
Streszczenie:	<p>Pacjentka 16-letnia została przyjęta w trybie pilnym z powodu objawów „ostrego brzucha”.</p> <p>W wywiadzie silny stres kilka godzin przed przyjęciem, 2-tygodnie wcześniej hospitalizowana z powodu bólu w podbrzuszu lewym i podejrzenia skrętu jajnika lewego, w przebiegu torbieli krwotocznej o wymiarach 3x2 cm. Leczona zachowawczo, wypisana do kontroli ambulatoryjnej. W dniu przyjęcia u pacjentki obserwowano omdlenie z powodu nagłego bólu w okolicy podbrzusza. Przyjęta do SOR w innym ośrodku, a następnie do Oddziału Ginekologii, skąd przekazano do naszej Kliniki., W TK jamy brzusznej opisano podejrzenie skrętu jelita oraz poszerzenie kątnicy. W badaniu fizykalnym wykazano dodatnie objawy otrzewnowe. ,W trybie pilnym wykonano laparoskopię. Wykazano rozlane zapalenie otrzewnej, dużą ilość wolnej treści jelitowej oraz perforację zstępującej części dwunastnicy. Miejsce perforacji zaopatrzone w laparoskopii pojedynczymi szwami. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjentkę w 7. dobie pooperacyjnej wypisano do domu w stanie dobrym.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Pourazowy chłonnokotok jako następstwo tępego urazu brzucha</b>		
<b>Autorzy:</b>	Marta Januszaniec-Włodarska, Grzegorz Gomoliński, Anna Sieńko, Piotr Pogorzelski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Pododdziałem Leczenia Oparzeń chirurgia@nieklanska.pl		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p><b>Wstęp:</b> Wodobrzusze mleczowe (chyloperitoneum) jest wynikiem gromadzenia się w jamie otrzewnej chłonki. Przyczyny mogą być wrodzone jak i nabyte. Główną przyczyną wodobrzusza mleczowego u dzieci są wrodzone wady układu limfatycznego. Chyloperitoneum nabyte jest następstwem urazu, jatrogennego uszkodzenia układu chłonnego, zakażenia i stanów zapalnych. Od 1980 roku w literaturze opisano jedynie 11 przypadków pourazowego izolowanego uszkodzenia zbiornika mleczu lub pnia chłonnego w wyniku tępego urazu brzucha.</p> <p><b>Cel pracy:</b> Omówienie przypadku klinicznego pourazowego wodobrzusza mleczowego</p> <p><b>Materiały, metody:</b> Na Oddział Chirurgii Dziecięcej przyjęto 10-letniego chłopca z powodu tępego urazu brzucha rączką kierownicy roweru. Przy przyjęciu pacjent prezentował znaczne wzdęcie powłok brzusznych, objawy otrzewnowe, w nadbrzuszu w linii pośrodkowej ślad po stłuczeniu. W USG w szpitalu rejonowym stwierdzono obecność wolnego płynu w okolicy śledziony. RTG przeglądowe było bez zmian. W badaniach laboratoryjnych obserwowano wysoki poziom lipazy i CRP, poza tym bez odchyień. Wykonano TK jamy brzusznej w której stwierdzono dużą ilość wolnego płynu w jamie otrzewnowej. Ze względu na rozlane objawy otrzewnowe dziecko zakwalifikowano do pilnej laparoskopii zwiadowczej. W trakcie zabiegu uwidoczono obfitą ilość mętnego mlecznego płynu. Nie stwierdzono innych uszkodzeń. Jamę brzuszną odessano, wypłukano i zadrenowano. Wynik badań laboratoryjnych potwierdził chłonnokotok. Włączono antybiotykoterapię, żywienie pozajelitowe, a następnie dietę beztłuszczową. Do 4 doby hospitalizacji nie obserwowano wycieku chłonki z drenu brzuszego ani obecności wolnego płynu w jamie otrzewnowej w kolejnych badaniach USG. Ze względu na lokalizację urazu, po wykluczeniu innych przyczyn chłonnokotoku wysunięto podejrzenie izolowanego uszkodzenia zbiornika mleczu. W 11 dobie hospitalizacji chłopca wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym bez dolegliwości.</p> <p><b>Wnioski:</b> Izolowany pourazowy chłonnokotok w jamie otrzewnowej u dzieci zdarza się wyjątkowo rzadko. Przy niejasnym wyniku badań obrazowych i laboratoryjnych po urazie brzucha z objawami otrzewnowymi laparoscopia zwiadowcza ma podstawowe znaczenie w postawieniu rozpoznania i leczeniu dzieci.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Zastosowanie terapii hiperbarycznej w leczeniu martwiczego zapalenia powięzi w przebiegu posocznicy paciorkowcowej – przypadek kliniczny</b>		
<b>Autorzy:</b>	Michał Jędrejek, Czesław Cielecki, Marzena Nosek-Kościotek, Paweł Nachulewicz		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Kl. Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej UszD w Lublinie michaljedrejek@gmail.com		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>5-letni pacjent został przyjęty do OIT USzD w Lublinie ze szpitala rejonowego z rozpoznaniem wstrząsu septycznego w przebiegu posocznicy paciorkowcowej. Ze względu na powikłanie rozległą martwicą pełnej grubości skóry, tkanki podskórnej i powięzi w obrębie grzbietu był konsultowany chirurgicznie. W odstępach czasowych wykonywano zabiegi nekrektomii. Wdrożono również terapię podciśnieniową. Leczenie kontynuowano w Klinice Chirurgii. W wyniku postępującej martwicy powięzi doszło do oddzielenia się skóry i tkanki podskórnej na obszarze wokół rany grzbietu sięgającym bocznie do linii pachowych środkowych a w osi pionowej od potylicy do wysokości Th10. Podjęto decyzję o włączeniu terapii hiperbarycznej. Regularnie oczyszczano i opracowywano chirurgicznie ranę grzbietu. Uzyskano ustąpienie zapalenia powięzi i wgojenie kieszeni skórnych, co umożliwiło pokrycie rany przeszczepem skóry pośredniej grubości i ostateczne wygojenie rany.</p> <p>Wnioski: Włączenie terapii hiperbarycznej w leczeniu martwiczego zapalenia powięzi może przyczynić się do poprawy wyników leczenia i warto rozważyć ten rodzaj terapii w przypadkach trudno gojących się ran.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Oncoemergency – studium jednego przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Edyta Jędrzejak <sup>1</sup> , Aliaksandr Moskal <sup>1</sup> , Maciej Krzeszewski <sup>1</sup> , Małgorzata Rąpała <sup>1</sup> , Jan Godziński <sup>1,2</sup>		
<b>Ośrodek:</b>	1. Oddział Chirurgii Dziecięcej DSS im. T. Marciniaka we Wrocławiu 2. Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu		
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:edyta.jedrzejak@gmail.com">edyta.jedrzejak@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem pracy jest opis przypadku niespełna 4-letniej dziewczynki, która trafiła do naszego Oddziału w trybie ostrodyżurowym z powodu bólów brzucha. W USG jamy brzusznej wykonanym w rejonie stwierdzono trzy twory guzowate - w prawym i lewym dole biodrowym oraz miednicy.</p> <p>Przy przyjęciu w stanie ogólnym bardzo dobrym, w badaniu fizykalnym był wyczuwalny palpacyjnie guz w prawym dole biodrowym. Wykonano ponownie USG jamy brzusznej, potwierdzono opisywane wcześniej zmiany, dodatkowo stwierdzono liczne zmiany guzkowe w obu nerkach. Diagnostykę poszerzono o TK jamy brzusznej (w którym stwierdzono dodatkowo na granicy badania zmianę w śródpiersiu tylnym), a w późniejszym czasie o MR jamy brzusznej i miednicy z kontrastem. Z uwagi na incydentalnie pojawiającego się zeza zbieżnego wykonano badanie TK w trybie natychmiastowym, w którym nie stwierdzono zmian.</p> <p>Pacjentkę zakwalifikowano do biopsji szpiku, biopsji zmian - w nerkach i guza prawego dołu biodrowego. Po zabiegu u dziewczynki obserwowaliśmy laboratoryjne wykładniki rozwijającego się zespołu lizy guza, włączono leczenie Fasturtec i przekazano pacjentkę do oddziału onkologii dziecięcej celem dalszego leczenia. Tam wykonano MR głowy, w którym stwierdzono rozsiane nacieki nowotworowe w podstawie czaszki i oczodołach.</p> <p>Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego (chłoniak Burkitta), włączono leczenie chemiczne. Nadal oczekujemy na wynik histopatologiczny biopsji tru-cut zmian w nerkach odpowiadających morfologicznie nefroblastomatozie. Obecnie dziewczynka jest w trakcie leczenia.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Obraz wrodzonej rozedmy płatowej spowodowany u noworodka spowodowany błędzącą lewą tętnicą płucną</b>		
<b>Autorzy:</b>	Aneta Kossowska, Maria Zaborowska, Mateusz Jagła, Jacek Kołcz, Wojciech Górecki		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Pediatrii, Klinika Chirurgii Dziecięcej, Klinika Kardiologii, Oddział Intensywnej Terapii Noworodka		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Błędząca tętnica płucna (ang. Pulmonary sling) jest rzadką wrodzoną anomalią naczyniową, w której lewa tętnica płucna (LPA) odchodzi od tylnej części prawej tętnicy płucnej, następnie powraca na lewą stronę przechodząc pomiędzy tchawicą i przełykiem do wnęki lewego płuca, otaczając dystalną część tchawicy i prawe i/lub lewe oskrzele główne i powodując ucisk tych struktur. Najczęstszym objawem wady jest stopniowo pogarszająca się wydolność oddechowa u noworodka, obraz niedrożności dróg oddechowych oraz wady wrodzonej dróg oddechowych. Celem pracy jest prezentacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u noworodka z niewydolnością oddechową i obrazem radiologicznym wrodzonej rozedmy płatowej (CLE)</p> <p>Dziewczynka w 14 dobie życia została przekazana do Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka. Po urodzeniu słyszalny był stridor wydechowy, z towarzyszącą w czasie niepokoju dusznością i narastaniem wysiłku oddechowego w kolejnych dobach. W badaniu TK klatki piersiowej wykonanym w ośrodku kierującym postawiono podejrzenie wrodzonej wady płuca lewego (CLE górnego płata płuca lewego) oraz zwężenia tchawicy i oskrzela. Wykluczono wrodzoną wadę serca. W RTG klatki piersiowej obraz CLE. W badaniu echokardiograficznym, stwierdzono błędzącą tętnicę płucną lewą z możliwością wtórnego ucisku na drogi oddechowe. W ocenie własnej TK klatki piersiowej, tchawica na swoim przebiegu w odcinku dolnym zwężona, na poziomie bifurkacji jej światło prawie niewidoczne, płuco lewe rozdęte o zwiększonym upowietrzeniu oraz obraz wady naczyniowej wcześniej opisany w badaniu echo serca. Noworodka zakwalifikowano do operacji kardiologicznej uwolnienia pierścienia naczyniowego i przeszczepienia prawej tętnicy płucnej do pnia płucnego z śródoperacyjną bronchoskopią. W bronchoskopii przedoperacyjnej widoczne było uwypuklenie tylnej ściany tchawicy, przymykające jej światło oraz elastyczne szpilkowate ujścia oskrzeli głównych, przepuszczające fiberoskop. Bezpośrednio po korekcie wady naczyniowej w krążeniu pozaustrojowym i hipotermii, w kontrolnej bronchoskopii stwierdzono poszerzenie światła tchawicy i oskrzeli głównych. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W kontrolnym RTG klatki piersiowej prawidłowe upowietrzenie obu płuc. W 9 dobie pooperacyjnej noworodka wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. W kontroli 6 tygodni po operacji dziecko bez dolegliwości z prawidłowym przyrostem masy ciała. U naszego pacjenta obraz radiologiczny CLE spowodowany był wtórnym uciskiem drogi oddechowej przez wadę naczyniową, z natychmiastową normalizacją upowietrzenia płuc po korekcie kardiologicznej oraz stwarzał ryzyko nieterapeutycznej interwencji chirurgicznej w obrębie lewego płuca.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Studium przypadku – 3-miesięczny chłopiec z wodonerczem – opis diagnostyki i leczenia</b>	
<b>Autorzy:</b>	Adam Krawczyk, Andrzej Jankowski	
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu <a href="mailto:92krawczyk@gmail.com">92krawczyk@gmail.com</a>	
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	<a href="#">X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</a>	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Pacjent przyjęty do kliniki w 5 dobie życia celem pogłębienia diagnostyki wodonercza. W diagnostyce prenatalnej stwierdzono poszerzenie układu moczowego po stronie prawej oraz wysunięto podejrzenie obecności zastawek cewki tylnej. Do urodzenia nie stwierdzono obecności poszerzenia miedniczek nerkowych, które zaobserwowano dopiero w badaniu USG po urodzeniu.</p> <p>W dalszej diagnostyce po przyjęciu do kliniki wykonano ponowne USG i Cystoureterografię potwierdzając i obrazując znaczne poszerzenie układu zbiorczego nerki prawej, oraz znaczne poszerzenie moczowodu prawego. USG wykazało także obecność miedniczki zewnętrznerkowej. Pacjentka zakwalifikowano do dalszego leczenia operacyjnego. W pierwotnej ocenie wykonano cystoskopię stwierdzając zdwojone ujście moczowodu po stronie prawej oraz wykluczając obecność zastawek cewki tylnej. Zaplanowano i zakwalifikowano pacjenta dalszego leczenia poprzez zabieg heminefrektomii dolnej prawostronnej.</p> <p>W 3 miesiącu życia wykonano zabieg metodą otwartą usuwając dolny segment nerki prawej wraz z poszerzonym moczowodem. W toku dalszej obserwacji prowadzono profilaktykę zakażeń uzyskując poprawę stanu ogólnego i miejscowego u pacjenta. Dotychczasowy przebieg pooperacyjny prawidłowy, pacjent pozostaje pod opieką poradni urologicznej.</p> <p>Prezentując zostaną ukazane dostępne materiały graficzne.</p>	



<b>Tytuł:</b>	<b>Perforacja wrzodu pokarmowego jako nietypowa przyczyna ostrego brzucha w populacji pediatrycznej-opis przypadków i przegląd piśmiennictwa</b>		
<b>Autorzy:</b>	Anna Krzykawska-Gąsuzek, Małgorzata Puziewicz-Krzemienowska, Paweł Mielczarek		
<b>Ośrodek:</b> <b>E-mail:</b>	Oddział Chirurgii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu <a href="mailto:ania.krzykawska@gmail.com">ania.krzykawska@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	
<b>Streszczenie:</b>	<p>W pracy przedstawiono dwa przypadki nastoletnich pacjentów leczonych w Oddziale Chirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu z powodu perforacji wrzodu przewodu pokarmowego .</p> <p>Pierwszym pacjentem był 17-latek przyjęty do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z dolegliwościami bólowymi brzucha, trwającymi od około trzech tygodni. Początkowo chłopiec lokalizował ból w prawym podbrzuszu, natomiast przy przyjęciu do szpitala w badaniu fizykalnym prezentował objawy ostrego brzucha z dodatnimi objawami otrzewnowymi. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższony poziom parametrów zapalnych, a w badaniach obrazowych cechy perforacji przewodu pokarmowego. Po przeprowadzonej diagnostyce, zakwalifikowano pacjenta do leczenia operacyjnego w trybie ostrodyżurowym. Śródoperacyjnie stwierdzono płyn w jamie otrzewnej i odczynowo zmieniony zapalnie wyrostek robaczkowy, który usunięto w sposób typowy. Następnie kontynuowano eksplorację jamy brzusznej, która wykazała perforację przedniej ściany żołądka. Uszkodzenie zaopatrzone szwami chirurgicznymi oraz płatem sieci większej.</p> <p>Drugą pacjentką była 13-latką przekazana z Oddziału Pediatrii innego szpitala, po wstępnej diagnostyce, gdzie przebywała od doby z powodu silnego bólu brzucha o nagłym początku. Dziewczynka nigdy wcześniej nie uskarżała się na podobne dolegliwości. Po przyjęciu do naszego oddziału wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej i zakwalifikowano dziecko do leczenia operacyjnego ze względu na podejrzenie perforacji górnego odcinka przewodu pokarmowego. W trakcie zabiegu uwidoczono dużą ilość patologicznej treści płynnej w jamie otrzewnej i perforacje pozaotrzewnowej części dwunastnicy, którą zaopatrzone dwuwarstwowo szwami chirurgicznymi. Wyrostka robaczkowego nie usuwano .</p> <p>Powyższe przypadki wskazują, iż pomimo rzadkości występowania perforacja wrzodu przewodu pokarmowego w populacji pediatrycznej, powinna być uwzględniana w diagnostyce różnicowej bólu brzucha i ostrego brzucha. W pracy prezentujemy różną etiologię choroby wrzodowej i perforacji przewodu pokarmowego, jak i metody postępowania chirurgicznego oraz podejście do dalszej opieki nad pacjentem.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Kompleksowa jednoczasowa interwencja kardiochirurgiczna i chirurgiczna u pacjenta z powikłaniami po połknięciu baterii w postaci przetoki aortalno-przetykowej</b>		
<b>Autorzy:</b>	A.Kwiecińska, D. Broniszczak, M.Szymczak, A. Kansy, M.Birbach, G. Brzezińska, M.Panek, P.Kaliciński		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IPCZD <a href="mailto:a.kwiecinska@ipczd.pl">a.kwiecinska@ipczd.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p><b>Wstęp:</b> Połknięcie baterii przez dziecko może wiązać się potencjalnie z szeregiem powikłań zagrażających życiu. <b>Cel pracy:</b> Przedstawienie przypadku perforacji przełyku spowodowanej połkniętą baterią oraz powikłań i ich leczenia ze szczególnym uwzględnieniem leczenia przetoki aortalno-przetykowej z następowym nadkażeniami grzybiczym stentu aortalnego. <b>Opis przypadku:</b> Dziewczynka w wieku 2 lat połknęła baterijkę, która spowodowała powstanie przetoki aortalno – przetykowej. Pierwotnie u pacjentki zeszyto perforację przełyku z dostępu przez torakotomię. We wczesnym okresie pooperacyjnym obserwowano krwotoki z przełyku, które próbowano zatamować endoskopowo (sonda Sengstakena, stent, klipsy) jednak bez powodzenia. Ostatecznie założono przeznaczyniowo stent do aorty, który zahamował krwawienie do przewodu pokarmowego. U pacjentki utrzymywały się nawracające uogólnione zakażenia bakteryjne potwierdzone badaniami bakteriologicznymi. Pomimo intensywnej antybiotykoterapii nie udało się uzyskać ustąpienia zakażenia. Za źródło zakażenia uznano stent przylegający do uszkodzonego przełyku. W trakcie wielodyscyplinarnego konsylium pacjentkę zakwalifikowano do usunięcia fragmentu aorty wraz ze stentem oraz zaopatrzenia miejsca perforacji przełyku lub ewentualnie do jego usunięcia i odroczonej rekonstrukcji.</p> <p>W trakcie lewostronnej torakotomii, w krążeniu pozaustrojowym, zespół kardiochirurgów i chirurgów dziecięcych wykonał wycięcie fragmentu aorty ze stentem i zastąpienie go mrożonym grafem naczyniowym. Stwierdzoną śródoperacyjnie perforację przełyku zaopatrzone przed wszyciem grafu naczyniowego. W resekowanym fragmencie aorty ze stentem stwierdzono zakażenie grzybicze o etiologii Candida glabrata i krusei. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W trakcie hospitalizacji stosowano szerokospektralną antybiotykoterapię oraz leczenie przeciwgrzybicze. Próba szczelności zespolenia przełykowego wykonana w 10 dobie pooperacyjnej wykazała prawidłowe światło przełyku bez cech nieszczelności. Stopniowo włączono karmienie doustne. Obecnie pacjentka w stanie dobrym pozostaje pod opieką kardiologiczną</p> <p><b>Wnioski:</b> Połknięcie baterii wiąże się z powikłaniami zagrażającymi życiu i wymagać może wielodyscyplinarnych interwencji. W prezentowanym przypadku udało się wykonać zaplanowane wycięcie segmentu aorty bez konieczności rekonstrukcji przełyku.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Rozlana rozrostowa nefroblastomatoza okołopłatowa – problemy w diagnostyce i planowaniu leczenia (opis przypadku)</b>		
<b>Autorzy:</b>	K. Lemanowicz, K. Zawadzka, W. Pawlak, A. Bujak, A. Szykanowska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Chirurgii Dziecięcej; Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy <a href="mailto:sekretariat.chirurgia@wsd.org.pl">sekretariat.chirurgia@wsd.org.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	Rozlana rozrostowa nefroblastomatoza okołopłatowa jest chorobą, która stwarza duże problemy w trakcie procesu diagnostyczno-leczniczego. Celem wystąpienia jest omówienie przypadku klinicznego leczonej w naszym ośrodku 10-miesięcznej dziewczynki, u której stwierdzono obustronne mnogie guzy nerek. Przedstawiamy trudności, jakie pojawiły się w ocenie badań obrazowych i histopatologicznych, stwarzając problemy w postawieniu rozpoznania i planowaniu kolejnych etapów leczenia.		

<b>Tytuł:</b>	<b>Przegląd powikłań w pigułce czyli ostry brzuch po operacji skoliozy</b>		
<b>Autorzy:</b>	Jakub Michnowski, Kaja Giżewska-Kacprzak		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki SPSK1 Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie <a href="mailto:michnowski.jakub@gmail.com">michnowski.jakub@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Skolioza kręgosłupa występuje u ok. 0,5 do 5% populacji pediatrycznej. Deformacje przekraczające 40-45 st są wskazaniem do leczenia operacyjnego. Częstość powikłań takich zabiegów wynosi od 5 do 23%, z czego dotyczące jamy brzusznej to ok 3,5%. Opis przypadku: 14-letni pacjent po operacji skoliozy zaprezentował objawy ostrego brzucha. Początkowo poszukiwano jatrogennych powikłań zabiegu - uszkodzenia struktur jamy brzusznej przez śrubę transpedikularną oraz naczyń trzewnych. Wobec obrazu klinicznego sugerującego krwawienie do otrzewnej lub przestrzeni zaotrzewnowej, objawów niedrożności, wolnego płynu w otrzewnej, podjęto decyzję o laparoskopii zwiadowczej. Uwidoczniono zmiany odczynowe okolicy żołądka i trzustki. Po konwersji do laparotomii stwierdzono rozległe zmiany o charakterze martwicy Balsera w okolicy torby sieciowej, żołądka, trzustki, sieci większej. Wysłano podejrzenie ostrego zapalenia trzustki, które potwierdzono badaniami laboratoryjnymi śródoperacyjnie. Założono dreny do jamy otrzewnej, pacjenta przekazano do OITerapii dla Dzieci. W kolejnych dobach pacjent był żywiony pozajelitowo z poprawą parametrów trzustkowych. Usunięcie drenu z rany pooperacyjnej grzbietu w OITD powikłane zerwaniem drenu - fragment drenu został usunięty operacyjnie podczas rewizji rany. W wyniku rozejścia rany po laparotomii i martwicy powłok brzucha 4-krotnie reoperowany - wykonywano nekrektomie z zastosowaniem opatrunków podciśnieniowych VAC. Po 1. nekrektomii wystąpiła odczynowa nadpłytkowość, po konsultacji hematologicznej wdrożono podaż ASA. Uzyskano wygojenie powłok, normalizację parametrów laboratoryjnych. Ambulatoryjnie u pacjenta stosowana jest laseroterapia blizn. Zabiegi korekcyjne skolioz, choć obejmują jedynie układ ruchu, wiążą się z powikłaniami obejmującymi praktycznie każdy układ. Do najczęstszych należą śródoperacyjna utrata krwi, zaburzenia neurologiczne i infekcje rany. Na dalszych miejscach zaburzenia dotyczące jamy brzusznej, w tym ostre zapalenia trzustki; powikłania zatorowo-zakrzepowe a nawet okulistyczne. Przyczyny występowania OZT po operacji skoliozy nie zostały jednoznacznie określone - bierze się pod uwagę zespół niedokrwienia-reperfuzji przy niestabilności hemodynamicznej pacjenta, reakcją na przemieszczenie tkanek miękkich przestrzeni zaotrzewnowej czy przedłużone głodzenie. Część badań wiąże ryzyko OZT z wiekiem pacjenta, niskim BMI i utratą krwi. Opisany przypadek stanowi przykład kaskady poważnych powikłań wiążących się z reakcją organizmu na prawidłowo przeprowadzony zabieg operacyjny korekcji skoliozy. Widzimy tu również wyraźnie jak istotna jest współpraca między różnymi specjalistami (ortopeda-chirurg-pediatra-radiolog) a jednocześnie, jak niezwykle ważna jest krytyczna i samodzielna ocena danych klinicznych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Relaksacja przepony – opis przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Patrycja Niczyporuk, Adam Hermanowicz, Ewa Matuszczak, Wojciech Dębek, Marta Komarowska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku <a href="mailto:patrycja11.11.01@gmail.com">patrycja11.11.01@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>3-tygodniowy zdrowy noworodek, płci męskiej został przyjęty do Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej w Białymstoku z powodu podejrzenia przepukliny przeponowej prawostronnej.</p> <p>W ambulatoryjnym badaniu USG jamy brzusznej uwidoczniono obecność pętli jelitowych oraz prawej nerki w klatce piersiowej. W badaniu przedmiotowym z odchyień od normy stwierdzono obecność perystaltyki jelitowej w obrębie klatki piersiowej. Pogłębiona diagnostyka obrazowa wykazała obecność pętli jelitowych oraz prawej nerki w rzucie płuca prawego oraz przesunięcie śródpiersia na stronę lewą. Dziecko zakwalifikowano do torakoskopii, w trakcie której rozpoznano relaksację przepony, bez ubytku w jej obrębie. Wykonano procedurę plikacji przepony. W 7 dobie pooperacyjnej badania obrazowe uwidoczniły nawrót. Dziecko zakwalifikowano do reoperacji.</p> <p>Drogą torakotomii wykonano ponowną plikację przepony. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W okresie 12 miesięcy od operacji nie obserwowano nawrotu schorzenia.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Relaksacja przepony – opis przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Patrycja Niczyporuk, Adam Hermanowicz, Ewa Matuszczak, Wojciech Dębek, Marta Komarowska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku <a href="mailto:patrycja11.11.01@gmail.com">patrycja11.11.01@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>3-tygodniowy zdrowy noworodek, płci męskiej został przyjęty do Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej w Białymstoku z powodu podejrzenia przepukliny przeponowej prawostronnej.</p> <p>W ambulatoryjnym badaniu USG jamy brzusznej uwidoczniło się obecność pętli jelitowych oraz prawej nerki w klatce piersiowej. W badaniu przedmiotowym z odchyłami od normy stwierdzono obecność perystaltyki jelitowej w obrębie klatki piersiowej. Pogłębiona diagnostyka obrazowa wykazała obecność pętli jelitowych oraz prawej nerki w rzucie płuca prawego oraz przesunięcie śródpiersia na stronę lewą. Dziecko zakwalifikowano do torakoskopii, w trakcie której rozpoznano relaksację przepony, bez ubytku w jej obrębie. Wykonano procedurę plikacji przepony. W 7 dobie pooperacyjnej badania obrazowe uwidoczniły nawrót. Dziecko zakwalifikowano do reoperacji.</p> <p>Drogą torakotomii wykonano ponowną plikację przepony. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W okresie 12 miesięcy od operacji nie obserwowano nawrotu schorzenia.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Brak suplementacji witaminy K u noworodka a krwawienie. Czy to pacjent dla hematologa?</b>		
<b>Autorzy:</b>	Bartłomiej Rakowski, Ewa Matuszczak, Adam Hermanowicz, Wojciech Dębek, Marta Komarowska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku <a href="mailto:b.rakowski@outlook.com">b.rakowski@outlook.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo- Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>21 – dniowy noworodek płci żeńskiej zgłosił się z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego – krew w stolcu. W wywiadzie odmowa szczepień oraz podaży witaminy K. Przeprowadzono diagnostykę – w USG uwidoczniono w wątrobie zmiany o charakterze naczynek, a w prawym dole biodrowym miękkotkankowy obszar z ogniskami zwapnień, wielkości ok. 23x16 mm, o bogatym unaczynieniu żylnym i tętniczym. W TK uwidoczniono unaczyniony guz powyżej prawego talerza biodrowego, z nieprawidłowo odchodzącym od niego naczyniem – zmiana o charakterze malformacji naczyniowej.</p> <p>Pacjentkę zoperowano – zmiana zlokalizowana w esicy. Zamknięto nieprawidłowe naczynie, usunięto zmianę z marginesem prawidłowego jelita oraz krezki zawierającej powiększone węzły chłonne – materiał przekazano do badania histopatologicznego.</p> <p>Rozpoznanie histopatologiczne - naczyniak włósniczkowo – jamisty błony mięśniowej jelita.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Jak leczyć dziecko ze współistniejącymi białaczką i mukormykozą uogólnioną? Przedstawienie przypadku klinicznego</b>		
<b>Autorzy:</b>	Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Kinga Błaszczyk, Honorata Kubisiak-Rzepczyk, Danuta Januszkiewicz-Lewandowska, Przemysław Mańkowski		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu <a href="mailto:patrycja.sosnowska@outlook.com">patrycja.sosnowska@outlook.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>	x	X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	
<b>Streszczenie:</b>	<p>Mukormykoza to rzadka, ale wyniszczająca i zagrażająca życiu infekcja grzybicza wywołwana przez grzyby z rzędu Mucorales, występująca zwykle u pacjentów z obniżoną odpornością. W zależności od zajętych narządów i tkanek wyróżnia się mukormykozę zatokową, płucną, żołądkowo-jelitową, oczodołową, mózgową, skórą i rozsianą. Do tej pory opisano jedynie pojedyncze przypadki mukormykozy wątroby. W związku z tym przedstawiliśmy skomplikowane postępowanie terapeutyczne 16-miesięcznego dziecka z białaczką i mukormykozą uogólnioną zlokalizowaną w wątrobie i przewodzie pokarmowym. Współpraca multidyscyplinarnego zespołu i odpowiednia terapia dały szansę nie tylko na uratowanie życia pacjentki, ale także na przeprowadzenie leczenia przeciwnowotworowego, które zaowocowało remisją białaczki. Sześciomiesięczna kuracja liposomalna izawukonazolem i amfoterycyną B oraz leczenie chirurgiczne doprowadziły do wyleczenia zakażenia grzybiczego.</p>		



<b>Tytuł:</b>	<b>Laserowa ablacja torbieli zaodbytniczej pod kontrolą ultrasonografii- opis przypadku pacjentki z nawrotową zmianą po wycięciu potworniaka dojrzałego okolicy krzyżowo -ogonowej</b>		
<b>Autorzy:</b>	<sup>1</sup> Katarzyna Szymak, <sup>1</sup> Tomasz Janowicz, <sup>2</sup> Małgorzata Smolec-Zamora, <sup>1</sup> Wojciech Choiński		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	<sup>1</sup> Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zmian Naczyniowych w Olsztynie <sup>2</sup> Klinika Chirurgii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie <a href="mailto:kat.szymak@gmail.com">kat.szymak@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Potworniaki okolicy krzyżowo- ogonowej w wieku wczesnodziecięcym to najczęściej guzy łagodne. W takim przypadku doszczętna resekcja guza spełnia zasadniczą rolę terapeutyczną. Problemem, który może być następstwem tego leczenia jest przetrwała łoża po guzie w miednicy, trudności w jej zamknięciu i odtworzeniu mięśni dna miednicy i powłoki.</p> <p>Celem pracy jest prezentacja laserowej ablacji torbieli zaodbytniczej będącej pozostałością po wycięciu potworniaka dojrzałego okolicy krzyżowo-guzicznej, w przypadku, gdy resekcja chirurgiczna nie daje efektu terapeutycznego.</p> <p>Pacjentka lat 9, obciążona zespołem Patau'a, została przekazana do Oddziału w Olsztynie celem kwalifikacji do laserowej ablacji torbieli zaodbytniczej z przetoką na skórze górnego bieguna szpary pośladkowej. Dwukrotna próba chirurgicznej resekcji torbieli w innym ośrodku zakończyła się niepowodzeniem. W przedoperacyjnym badaniu MRI wykluczono obecność przetok i połączeń z układem pokarmowym, moczowym, otrzewną i kanałem kręgowym. Objawami klinicznymi było sączenie ze zmiany treści surowiczej.</p> <p>Przebieg zabiegu w znieczuleniu ogólnym. Dziecko ułożono w pozycji na lewym boku. Do torbieli wprowadzono cewnik Foley'a przez przetokę na skórze, wewnątrz rozprężono jego balon i wypełniono torbiel solą fizjologiczną, aby uwidocznić ją w ultrasonografii. Wprowadzoną przez odbytnicę głowicę liniową typu „hokey”, zwizualizowano torbiel oraz przestrzeń między odbytnicą, a ścianą torbieli. Nakłuto tę przestrzeń pod kontrolą USG i ostrzyknięto ją solą fizjologiczną celem oddzielenia torbieli i odbytnicy na dystans nie mniejszy niż 10 mm, na całej długości przylegania struktur do siebie. Torbiel wyłęczkowano. Przez przetokę wprowadzono światłowód lasera radialnego do torbieli i przeprowadzono ablację pod kontrolą ultrasonografii. Po zabiegu nie obserwowano powikłań. Dziecko pozostaje w obserwacji od 6 miesięcy. Klinicznie sączenie z torbieli uległo redukcji. W kontrolnym MRI widoczne jest zmniejszenie zmiany. Planowany jest ponowny zabieg ablacji.</p> <p>Wnioski: W opisanym powyżej przypadku ablacja laserowa szczątkowej zmiany torbielowatej przyniosła regresję objawów klinicznych i jej rozmiarów w badaniach obrazowych. Zastosowanie ultrasonografii śródoperacyjnej zwiększyło bezpieczeństwo i precyzję zabiegu oraz pozwoliło kontrolować jej efekt w trakcie procedury. Celem poprawy efektu terapeutycznego konieczny jest ponowny zabieg i obserwacja jego następstw.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Adenocarcinoma wyrostka robaczkowego u nastoletniej pacjentki- opis przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Anna Tokarz-Tarsa, Patrycja Łabuz, Małgorzata Smolec- Zamora, Wojciech Górecki		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Pediatrii, Klinika Chirurgii Dziecięcej. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Oddział Chirurgii Dziecięcej <a href="mailto:anna.m.tokarz@gmail.com">anna.m.tokarz@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	X
<b>Streszczenie:</b>	<p>Adenocarcinoma wyrostka robaczkowego to rzadki nowotwór- stanowi około 0,5 % nowotworów przewodu pokarmowego i występuje głównie u starszych dorosłych. Zmiana taka u dziecka jest rzadkością. Celem pracy jest prezentacja postępowania diagnostyczno- terapeutycznego u 17-letniej pacjentki z adenocarcinoma wyrostka robaczkowego leczoną w naszej Klinice. Pacjentka zgłosiła się z powodu trwających od trzech dni dolegliwości bólowych jamy brzusznej z towarzyszącą gorączką. Przedmiotowo przy przyjęciu tkiwość palpacyjna i opór w podbrzuszu prawym. W badaniach laboratoryjnych podniesione parametry stanu zapalnego. W USG jamy brzusznej naciek w miednicy mniejszej obejmujący pętlę jelitowe. W TK jamy brzusznej- potwierdzono naciek pętli jelitowych przyległych do pęcherza i do jajnika prawego-rozpoznano naciek okołowystkowy. Wdrożono antybiotyko terapię dożylną. W 4. d leczenia pogorszenie stanu pacjentki- nasilenie dolegliwości bólowych brzucha, biegunka, w badaniu fizykalnym dodatnie objawy otrzewnowe, narastające wykładniki parametrów zapalnych. Dziewczynkę zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. Podczas laparoskopii uwidoczniło twardy, guzowaty naciek zrosnięty z przednią ścianą brzucha i pęcherzem moczowym, kątnica z wyrostkiem robaczkowym w dystalnej części wnikającym w obręb nacieku. Wykonano konwersję do laparotomii. Uwidoczniło światło wyrostka, bez możliwości identyfikacji jego szczytu. Wyrostek odcięto, kikut zagłębiono w kątnicy, szczyt wyrostka pozostawiono w obrębie nacieku, pozostawiono dren w jamie brzusznej. Po operacji obserwowano przedłużony drenaż treści surowiczej. Wynik badania histpat – naciek raka gruczołowego częściowo śluzowego (G2) obejmujący pełną ścianę wyrostka robaczkowego z naciekiem okołowystkowej tkanki tłuszczowej. Węzły chłonne bez przerzutów. Wykonano u pacjentki cystoskopię, waginoskopię, oraz kolonoskopię, konsultowano onkologicznie oraz ginekologicznie- zakwalifikowano do radykalizacji leczenia operacyjnego. Podczas drugiego zabiegu wycięto guz z fragmentem ściany brzucha i fragmentem mięśniówki pęcherza moczowego, wykonano hemikolektomię prawostronną wraz z resekcją fragmentu jelita biodrowego, z resekcją sieci większej i częściową peritonektomią oraz zespoleniem jelitowym. Jednocześnie przeprowadzono procedurę HIPEC z użyciem mitomycyny C. Przebieg pooperacyjny powikłany był krwawieniem z przewodu pokarmowego- leczone zachowawczo ze skutkiem. W wyniku histopatologicznym- adenocarcinoma G2 – utkanie nowotworu nie dochodzące do granic resekcji. Konsultowano onkologicznie- zakwalifikowano do pooperacyjnej chemioterapii uzupełniającej. Obecnie pacjentka zakończyła doustną chemioterapię kapecytabiną. W kontrolnym badaniu TK po leczeniu- bez zmian patologicznych.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Lewostronna przepuklina Amyanda: opis przypadku</b>		
<b>Autorzy:</b>	Łukasz Władyszewski, Maciej Lewandowski, Ilona Piotrowska, Aneta Piotrowska-Gall, Katarzyna Pawlik-Pajewska, Przemysław Wolak		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Klinika Chirurgii Dziecięcej , Urologii i Traumatologii, WSZZ w Kielcach		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Celem naszej pracy jest przedstawienie przypadku pacjenta z lewostronna przepuklina Amyanda. W literaturze opisanych jest kilkadziesiąt przypadków. W pracy przedstawiono przypadek 2,5-letniego pacjenta z przepukliną pachwinową lewostronną który zgłosił się do szpitala z powodu uwięźnięcia przepukliny. Pacjent dzień wcześniej był na izbie przyjęć z powodu bólu i wypuklenia w okolicy lewego kanału pachwinowego. W trakcie badania odprowadzono zawartość worka przepuklinowego co spowodowało ustąpienie dolegliwości bólowych. Rodzic zgłosił się z dzieckiem następnego dnia do szpitala z powodu nawrotu objawów. W USG stwierdzono rozdęte pętle jelitowe przesłaniające pozostałą część moszny. Zdecydowano o operacji w trybie pilnym. Śródoperacyjnie stwierdzono uwięźniętą przepuklinę pachwinową lewostronną zawierającą obrzękniętą kątnicę wraz z wyrostkiem robaczkowym. Po kontroli zawartości worka przepuklinowego wyrostek robaczkowy amputowano, kątnicę odprowadzono do jamy brzusznej oraz wykonano plastykę lewego kanału pachwinowego. Chłopiec został wypisany do domu w 3 dobie po zabiegu w stanie ogólnym dobrym. Lewostronna przepuklina Amyanda zdarza się niezwykle rzadko. Każdy przypadek wymaga zindywidualizowanego podejścia i leczenia.</p>		

<b>Tytuł:</b>	<b>Polip wstępniczy imitujący późną wznowę lokalna nerczaka</b>		
<b>Autorzy:</b>	Jan Godziński(1;2); Zhovnirenko Andrii (1); Małgorzata Rapała(1); Anna Tomoń(3); Radosław Chaber(3);		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	1) Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej Oddział Chirurgii Dziecięcej; 2) Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wiekii Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; 3) Klinika Onkohematologii Dziecięcej Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie <a href="mailto:chotdogc@gmail.com">chotdogc@gmail.com</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		X Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 9 grudnia 2023	x
<b>Streszczenie:</b>	<p>Niniejsze przedstawienie przypadku jest próbą określenia korelacji wystąpienia polipa imitującego wznowę miejscową w łoży po prawostronnej nefrektomii totalnej u dziecka z nerczakiem w stadium V/IV (guz obustronny i przerzuty odległe) w obserwacji odległej. U dzieci najczęściej spotyka się polipy młodzieńcze, które należą do zmian nienowotworowych i z reguły występują pojedynczo. Częstość występowania polipów w populacji dziecięcej szacuje się na 1 - 2 % od całej populacji dziecięcej. Polipy o charakterze genetycznym (rodzinna polipowatość jelita grubego – na przykład FAP) są znacznie rzadsze do 3- 10/100 000. Nerczak - Guz Wilmsa jest drugim co do częstości guzem litym u dzieci. Guz pochodzi z nisko zróżnicowanej blastemy nerkowej - resztek nefrogennych; występuje u 1:10000 dzieci &lt; 15 rż i w 5 % przypadków obustronny. Częstość wznów po leczeniu nie przekracza – 15%, a po operacja nerko-oszczędzających, z uwagi na selekcje pacjentów jest nawet niższa (8.2%). Późne wznowy (&gt;5 lat) w przypadkach obustronnego nerczaka jest bardzo rzadka (0.11 %). Opis przypadku: 2-letnia dziewczynka z obustronnym nerczakiem z przerzutami do płuc poddana została następującemu leczeniu:</p> <p>2019 – cht przedoperacyjna;</p> <p>2019 – nefrektomia prawostronna i NSS 2 zmian ogniskowych nerki lewej;</p> <p>2019-2020 – cht pooperacyjna;</p> <p>2019 – XRT jamy brzusznej;</p> <p>2020 – XRT płuc;</p> <p>2021 ☑ całkowita remisja</p> <p>06.09.2023 – w kontrolnym USG w łoży po nerce prawej w bezpośrednim sąsiedztwie zagięcia wątrobowego okrężnicy widoczna hypoechogeniczna zmiana o wym. 23x15x16mm z widocznym unaczynieniem centralnym, z drobnymi obszarami płynowymi śr do 4mm, w następowym MR jamy brzusznej z kontrastem – w łoży po usuniętej nerce prawej w bezpośrednim sąsiedztwie przemieszczonej pętli okrężnicy przy dolnym brzegu prawego płata wątroby drobnotorbielowata struktura 23x18x16mm, ulegająca wzmocnieniu po podaniu środka kontrastującego ☑ „obraz przemawia za wznową procesu npl w łoży pozabiegowej”. 28.09.2023 wykonano rewizję łoży po usuniętej nerce prawej, stwierdzając, że zmianę opisywaną w MR i USG jako ognisko wznowy stanowi guz w sąsiedztwie zagięcia wątrobowego, położony w świetle jelita. Zmianę o charakterze polipa usunięto droga małej enterotomii i przekazano do badania hist-pat (wynik: – młodzieńczy polip). W D5 po zabiegu dziecko opuściło Oddział w bardzo dobrym stanie ogólnym. Podsumowanie: takie zakończenie weryfikacji stanu remisji pacjenta cieszy niezmiernie i zwraca uwagę na fakt, że w medycynie niewiele jest rzeczy niemożliwych. Względne ryzyko skojarzenia nerczaka obustronnego z polipem jelita grubego nie przekracza 1/ wystąpienia polipa jelita grubego u dziecka w remisji po leczeniu nerczaka w stadium V/IV wynosi co najmniej 1 : 10 000 000 Tak małe prawdopodobieństwo takiego skojarzenia uzasadnia przyjęcie agresywnego postępowania onkologicznego. Natomiast pytanie rodzi interpretacja radiologiczna.</p>		

XX JUBILEUSZOWE SYMPOZJUM "INTERDYSCYPLINARNE PROBLEMY CHIRURGII DZIECIĘCEJ" i  
X KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA DLA MŁODYCH LEKARZY SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W  
CHIRURGII DZIECIĘCEJ 8-9 GRUDNIA 2023

<b>Tytuł:</b>	<b>Nadzieja umiera ostatnia – uraz cewki moczowej (opis przypadku)</b>		
<b>Autorzy:</b>	K. Lemanowicz, K. Zawadzka, D. Ratajczak, K. Gręźlik, B. Nowak, A. Szykanowska		
<b>Ośrodek: E-mail:</b>	Oddział Chirurgii Dziecięcej; Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, <a href="mailto:sekretariat.chirurgia@wsd.org.pl">sekretariat.chirurgia@wsd.org.pl</a>		
<b>XX Sympozjum Interdyscyplinarne 8 grudnia 2023 doniesienie ustne</b>		<b>X Konferencja Naukowo- Szukoleniowe 9 grudnia 2023</b>	<b>X</b>
<b>Streszczenie:</b>	Urazy cewki moczowej należą do rzadkich, ale trudnych do leczenia urazów. Celem wystąpienia jest przedstawienie kolejnych etapów postępowania z nastoletnim pacjentem po urazie proksymalnego odcinka cewki moczowej – omówienie wykonanych badań obrazowych oraz powtarzanej oceny endoskopowej, które ostatecznie wykluczyły możliwość uniknięcia zabiegu rekonstrukcyjnego.		