|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Powstanie Uniwersyteckiego Centrum Robotyki Pediatrycznej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. |
| Autorzy:  | Rafał Chrzan, Wojciech Górecki, Bartosz Bogusz, Joanna Godlewska, Aneta Piotrowska-Gal, Maria Gruba |
| Ośrodek:E-mail: | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w KrakowieKlinika Urologii Dziecięcej, Klinika Chirurgii Dziecięcej, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński. rchrzan@usdk.pl, wgorecki@usdk.pl  |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Przedstawiono proces realizacji planu stworzenia ośrodka chirurgii robotycznej dla dzieci, w Uniwersyteckim Szpitalu dziecięcym w Krakowie, od pomysłu do przeprowadzenia pierwszych samodzielnych operacji w asyście robota DaVinci modelu Xi u dzieci przez polskich chirurgów pediatrycznych w maju 2024 roku.Plan obejmował kilka wielopoziomowych i wielostrukturalnych zamierzeń decyzyjno-logistyczno-wykonawczych zrealizowanych w okresie 15 miesięcy.Świadomość uczestnictwa w procesie powstawania pierwszego w Polsce centrum stosującego nowoczesne i innowacyjne rozwiązania powodowała pełne zaangażowanie i harmonijna współpracę wszystkich struktur Uniwersyteckiego Szpitala Dzieciecego, Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz nawiązanie współpracy z innymi uczelniami Krakowa.Przygotowania obejmowały zagadnienia formalno-prawne, dostosowanie konstrukcyjne sali operacyjnej, sterylizatorni, powstanie sali symulacji robotycznej dla modeli rzeczywistych i wirtualnych, wielogodzinne szkolenie teoretyczne i praktyczne lekarzy i pielęgniarek. Projekt realizowano we współpracy z Uniwersytetem Jagiellońskim jako zadania dydaktyczno-badawcze. Jednoczasowo podjęto działania w kierunku utworzenia wielodyscyplinarnego dedykowanego zespołu. Formalny proces certyfikacji operatorów, asyst i instrumentariuszek wymagany przez producenta dla zachowania ciągłości wsparcia technologicznego, merytorycznego, serwisu technologicznego i gwarancji dla sprzętu obejmował wyjazdy szkoleniowe do wielu ośrodków chirurgii robotycznej dla dorosłych i dzieci w Polsce, Danii, Francji, Hiszpanii, Włoszech i Wielkiej BrytaniiDwa zespoły operacyjne uzyskały formalne cetryfikacje do wykonywania operacji w asyście robota chirurgicznego DaVinci.Współpraca z Uniwersytetem obejmuje ekspozycję studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum jako pierwszych w Polsce na chirurgię robotyczną w teorii oraz obserwację operacji robotycznych i ćwiczenia praktyczne na symulatorze wirtualnym.Od września 2024 UCRP zostało akredytowane jako ośrodek referencyjny w zakresie programu szkolenia chirurgii robotycznej w pediatrii. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł:** | **Rozwój Uniwersyteckiego Centrum Robotyki Pediatrycznej (UCRP) w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, doświadczenia pierwszego półrocza działalności.** |
| **Autorzy:**  | Wojciech Górecki, Bartosz Bogusz, Joanna Godlewska, Aneta Piotrowska-Gal, Maria Gruba, Rafał Chrzan |
| **Ośrodek:****E-mail:** | Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w KrakowieKlinika Urologii Dziecięcej, Klinika Chirurgii Dziecięcej, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński. wgorecki@usdk.pl, rchrzan@usdk.pl |
| **XXI Sympozjum Interdyscyplinarne** **6 grudnia 2024****doniesienie ustne** | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024**doniesienie ustne** |  |
| **Streszczenie:** | W chwili powstania UCRP plan działalności, poza wykonywaniem operacji robotycznych u dzieci obejmował szkolenie oraz zadania naukowo-badawcze.Pierwszymi pacjentami były dzieci kwalifikowane do procedur laparoskopowych o masie ciała ponad 15 kg, u których wskazane było założenie dwóch lub więcej portów do operacji endoskopowych w obrębie jam ciała. Szkolenie obejmuje dydaktykę przeddyplomową (ekspozycja studentów na technologię robotyczną, w tym procedury rzeczywistości wirtualnej, dydaktykę podyplomową (ekspozycję w ramach staży i kursów specjalizacyjnych oraz szkolenie wysokospecjalistyczne (obserwacja procedur robotycznych u dzieci dla zewnętrznych ośrodków chirurgii dziecięcej. Zadania badawcze obejmują tworzenie protokołów dla dziecięcych procedur robotycznych, a także personalizację kształcenia oraz oceną predyspozycji zawodowych dla kandydatów do specjalizacji w dziedzinach zabiegowych. Analiza danych z symulatorów robotycznych umożliwia ocenę precyzji ruchów, czasu wykonania zadania, analizy błędów i zdolności do ich korekty korygowania.Dzięki zbudowaniu nowoczesnego, bezpiecznego i precyzyjnego systemu chirurgiczny chcemy budować zaufanie społeczeństwa do wykorzystania robotyki u dzieci oraz rozpowszechniać wiedzę o technikach robotycznych wśród lekarzy POZ i specjalistów kwalifikujących pacjentów do leczenia operacyjnegoW trakcie pierwszych 6 miesięcy działalności Centrum wykonano ponad 80 procedur robotycznych, rozpoczęto dydaktykę przed i po dyplomową, gromadzone są dane z procedur robotycznych i z symulatorów robotycznych. Przedstawiamy rodzaj wykonywanych procedur oraz analizę czasu dokowania ramion robota potencjalnie wydłużającego czas trwania procedur robotycznych w stosunku do operacji laparoskopowych. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł:** | Robotyka w chirurgii i urologii dziecięcej – nowa perspektywa dla starych problemów |
| **Autorzy:** | B. Bogusz, M. Romiszewski, J. Godlewska, M. Gruba, A. Piotrowska, R. Chrzan, W. Górecki |
| **Ośrodek:****E-mail:** | CMUJ, Krakówbbogusz@usdk.pl |
| **XXI Sympozjum Interdyscyplinarne****6 grudnia 2024****doniesienie ustne** | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe7 grudnia 2024**doniesienie ustne** |  |
| **Streszczenie:** | Zastosowanie robota operacyjnego chirurgii i urologii dziecięcej stanowi nowatorskie podejście do leczenia chirurgicznego. Narzędzie to oferuje możliwość modyfikacji dotychczasowych schematów postępowania. W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie rozpoczęliśmy stosowanie systemu chirurgicznego da Vinci w maju 2024 roku przy przeprowadzaniu zabiegów, wykonywanych uprzednio tradycyjnymi technikami endoskopowymi / wideochirurgicznymi. Zmiana ta, już w perspektywie 6 miesięcy od chwili jej wdrożenia, umożliwiła dokonanie istotnych modyfikacji dotychczasowych procedur i trybów postępowania chirurgicznego. W niniejszej pracy przedstawiamy nasze pierwsze doświadczenia z systemem robotycznym oraz wskazujemy zalety jego stosowania, w porównaniu do innych dostępów i metod postępowania chirurgicznego.Wśród 80 dzieci, których zabiegi wspomagane były robotycznym systemem chirurgicznym, wyróżniono sześć wyjątkowych przypadków. Każdy z tych przypadków ilustruje unikalne zastosowanie systemu da Vinci, także w połączeniu z nowatorskimi metodami obrazowania śródoperacyjnego. Wskazano w jaki sposób jego zalety, mogą pomagać w rozwiązywaniu tak rzadkich, jak i codziennych wyzwań chirurgicznych. Nasze wyniki sugerują, że chirurgia endoskopowa, wspomagana użyciem robota operacyjnego może nie tylko poprawiać efekt zabiegu operacyjnego, ale także przyspieszać czas rekonwalescencji i zmniejszać ilość powikłań pooperacyjnych. Dzieląc się tymi doświadczeniami, mamy nadzieję zachęcić do dalszych badań i dyskusji na temat możliwości coraz szerszego, praktycznego stosowania technologii robotycznej w chirurgii dziecięcej, co ostatecznie przyniesie korzyści szerszej grupie pacjentów. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Częściowe odprowadzenie żółci u pacjentów z postępującą cholestazą wewnątrzwątrobową |
| Autorzy:  | Małgorzata Panek, Adam Kowalski, Piotr Kaliciński |
| Ośrodek:E-mail: |  Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IPCZD |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Postępująca rodzinna cholestaza wewnątrzwątrobowa (PFIC), to grupa rzadkich chorób uwarunkowanych genetycznie. Podłożem choroby jest defekt transportu kwasów żółciowych, co prowadzi do uciążliwego świądu, postępującej cholestazy i rozwoju marskości wątroby. Część pacjentów wymaga leczenia chirurgicznego. Obecnie powszechnie zaakceptowaną metodą jest częściowe odprowadzenie żółci. Celem pracy jest analiza wyników leczenia pacjentów Z PFIC po częściowym odprowadzeniu żółci z PFIC wykonanym w latach 2014-2024 w Klinice Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IPCZD. W latach 2014-2024 operowano 17 dzieci z PFIC. Średni wiek pacjentów wynosił 1,76 lat (od 5 miesięcy do 5 lat). U 14 dzieci wykonano częściowe zewnętrzne odprowadzenie żółci (PEBD), u 3 częściowe wewnętrzne odprowadzenie żółci (PIBD). Operację laparoskopową wykonano u 12 pacjentów, a u 5 metodą otwartą. We wczesnym okresie pooperacyjnym w 1 przypadku wystąpiła perforacja dwunastnicy. W 1 przypadku wystąpiła niedrożność zrostowa 2,5 roku po PEBD. U 9 pacjentów obserwowana jest dobra funkcja wątroby oraz brak świądu. Przeszczepienia wątroby wymagało 8 dzieci w tej grupie chorych. Czas obserwacji wynosi od 7 do 86 miesięcy (mediana 12 miesięcy).PEBD oraz PIBD są skutecznymi metodami leczenia u pacjentów PFIC, u których dochodzi do pogorszania czynności funkcji wątroby mimo stosowanego leczenia zachowawczego. U części pacjentów mimo prawidłowego przebiegu pooperacyjnego, ze względu na dalszą progresję choroby konieczne jest przeszczepienie wątroby. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Między wytycznymi a praktyką: innowacje w chirurgii kolorektalnej u dzieci – doświadczenia z Children's National Hospital w Waszyngtonie |
| Autorzy:  | Agnieszka Wiernik |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Wprowadzenie: Chirurgia kolorektalna u dzieci to dziedzina, w której różnorodność podejść klinicznych utrudnia wypracowanie jednolitych, globalnych standardów. Każdy ośrodek specjalistyczny, kierując się swoimi tradycjami, zasobami oraz doświadczeniem, rozwija własne schematy postępowania, co powoduje istotne różnice w metodach leczenia. Children's National Hospital w Waszyngtonie, uważane za wiodący ośrodek chirurgii kolorektalnej w USA, pod przewodnictwem dr. Marca Levitta, stanowi przykład miejsca, które aktualnie kształtuje światowe trendy w tej dziedzinie. Cel prezentacji: Celem prezentacji jest przedstawienie praktyk chirurgicznych oraz nowości w chirurgii kolorektalnej, które miałam okazję poznać podczas stażu w Waszyngtonie oraz omówienie wybranych najnowszych badań w tym zakresie. Wyniki: Omówione zostaną preferowane podejścia operacyjne w leczeniu choroby Hirschsprunga oraz wad anorektalnych, w tym wiek pacjentów poddawanych operacjom zasadniczym, moment rozpoczęcia żywienia dojelitowego, stosowanie osłony antybiotykowej oraz praktyka rutynowego rozszerzania odbytu po zabiegach. Prezentacja bazować będzie na obserwacjach z pobytu w Waszyngtonie oraz na najnowszych badaniach publikowanych przez amerykańskie Pediatric Colorectal and Pelvic Learning Consortium (PCPLC).Podsumowanie: Zróżnicowanie podejść w chirurgii kolorektalnej u dzieci odzwierciedla specyfikę i wyzwania tej dziedziny. Prezentacja doświadczeń z Children's National Hospital pozwoli lepiej zrozumieć aktualne trendy i praktyki, które mogą stanowić inspirację do dalszego doskonalenia standardów w naszych rodzimych ośrodkach. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tytuł: | Appendektomia jednoportowa (AJ) - algorytm postępowania małoinwazyjnego u dzieci z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego. |  |  |
| Autorzy: | Michał Puliński. Michał Szostawicki, Tomasz Janowicz, Wojciech Choiński |  |  |
| Ośrodek:E-mail: | Oddział Kliniczny Chirurgii i Urologii Dziecięcej z Ośrodkiem leczenia zmian naczyniowych.Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie |  |  |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |  |
| Streszczenie: | Wstęp: Standard postępowania operacyjnego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (OZWR) uzależniony jest od możliwości technicznych i merytorycznych danego ośrodka chirurgii dziecięcej. W naszym oddziale apendektomię jednoportową (AJ) rozpoczęliśmy w 2012 r. W miarę nabywania doświadczenia wdrożyliśmy własny algorytm postępowania. Nasz standard przewiduje , że pierwszą metodą z wyboru jest AJ. W przypadku braku możliwości usunięcia wyrostka w ten sposób, następuje konwersja do laparoskopii klasycznej (LK) lub appendektomii otwartej (AO). O tym czy będzie potrzebna konwersja do LK decyduje położenie wyrostka, oraz możliwość jego wyłonienia przez pępek . Cel: Przedstawienie metody i wyników leczenia appendektomii jednoportowej.Materiał : Od 2012 r. do lipca 2024 r. wykonaliśmy 1572 appendektomii u dzieci, w tym 504 AO, 698 LK i 370 AJ.Wyniki i omówienie: Wg autorów największym atutem AJ jest doskonały wynik kosmetyczny (naturalna blizna w pępku). Pacjenci (i rodzice) bardzo cenią sobie brak śladów leczenia operacyjnego. Czas operacji AJ jest zdecydowanie krótszy jak w pozostałych metodach. Czas pobytu w szpitalu po AJ jest porównywalny do LK i krótszy po AO. Wynika on bardziej z zaawansowania choroby niż metody operacyjnej. Obecnie leczenie operacyjne OZWR metodą AJ w naszym ośrodku stanowi ok. 40% wszystkich appendektomii. Wnioski: AJ może być standardem w algorytmie operacyjnego leczenia OZWR.  |  |  |