|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Ocena jakości życia u pacjentów po leczeniu operacyjnym klatki piersiowej lejkowatej – badanie prospektywne, jednoośrodkowe. |
| Autorzy:  | Kacper Kroczek1, Joanna Sebastian2, Iwona Szymkuć-Bukowska2, Małgorzata Pyskir2, Przemysław Gałązka1 |
| Ośrodek:E-mail: | 1 Klinika Chirurgii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza w Bydgoszcz,2 Klinika Rehabilitacji, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy,Collegium Medicum w Bydgoszczy |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Klatka piersiowa lejkowata jest najczęstszą postacią wrodzonej wady ściany klatki piersiowej. U większości pacjentów wada wpływa istotnie na wygląd ciała, co ma bezpośredni wpływ na poczucie własnej wartości i jakość życia. Pacjenci często unikają aktywności fizycznej aby uniknąć porównania z rówieśnikami. Istotny defekt kosmetyczny jest nadal głównym wskazaniem do leczenia operacyjnego w populacji dzieci z klatką piersiową lejkowatą.Materiał i metodyPrzeprowadzono badanie prospektywne, jednoośrodkowe u pacjentów leczonych operacyjnie metodą Nussa z powodu klatki piersiowej lejkowatej. Badanie przeprowadzono w okresie 2019-2023. Do grupy badanej włączono 20 pacjentów po uzyskaniu zgody na badanie. Średni wiek wynosił 15 lat i 9mies z przewagą chłopców (65%). Ocena jakości życia przeprowadzono z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy oceny jakości życia – EQ-5D-Y oraz KIDSCREEN-52. Każdy z badanych pacjentów został oceniony dzień przed zabiegiem operacyjnym oraz 12 miesięcy po leczeniu chirurgicznym. Pacjenci ze wspóistniejącą wadą ściany klatki piersiowej, wrodzoną wadą serca, chorobą płuc, operacją torakochirurgiczną lub kardiochirurgiczną w przeszłości byli wyłączeni z grupy badanej. Zabieg operacyjny metodą Nussa został przeprowadzony przez tego samego chirurga dziecięcego, technika operacyjna była podobna u każdego z badanych pacjentów. Pooperacyjne stosowano lokalny protokół leczenia przeciwbólowego. Kwestionariusz EQ-5D-Y ocenia 5 wymiarów jakości życia: mobilność, ocena własnej osoby, wykonywanie codziennych czynności, obecność bólu lub dyskomfortu, uczucie smutku i niepokoju. Kwestionariusz KIDSCREEN-52 ocenia 10 wymiarów jakości życia: dobrostan fizyczny, dobrostan psychiczny, nastrój i emocje, ocena własnej osoby, autonomia, relacje z rodzicami i życie domowe, problemy finansowe, kontakt z rówieśnikami, środowisko szkolne oraz prześladowanie szkolne. Kwestionariusz był przeprowadzony u pacjentów i ich rodzin.WynikiAnaliza grupy badanej wykazała istotną poprawę pooperacyjną w zakresie codziennych aktywności fizycznych. Nie wykazano istotnych różnic w zakresie lęku i uczucia przygnębienia. Ocena własna ogólnej kondycji zdrowotnej była wyższa w grupie chłopców. Pooperacyjna poprawa psychologicznego dobrostanu, aktywności fizycznej oraz kontaktu z rówieśnikami była istotna statystycznie. Leczenie operacyjne nie wpłynęło na relację z rodzicami, sprawy finansowe i życie domowe. Potwierdzono istotną korelację między oceną pacjentów i ich rodziców we wszystkich aspektach ocenianych w kwestionariuszu jakości życia. Ograniczeniem przeprowadzonego badania jest mała grupa badana oraz brak oceny jakości życia po usunięciu płyt stabilizujących z klatki piersiowej. Możliwość przeprowadzenia wieloośrodkowej oceny jakości życia może być bardziej wartościowym badaniem.Wnioski Operacja klatki piersiowej lejkowatej metodą Nussa ma pozytywny wpływ na poprawę jakości życia u dzieci. Należy zawsze mieć na względzie ten aspekt życia pacjentów, szczególnie w momencie kwalifikacji do leczenia chirurgicznego. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Samoistna odma opłucnowa u dzieci i młodzieży: doświadczenie jednego ośrodka |
| Autorzy:  | Martyna Lewicka, Bogumiła Strumiłło, Anna Piaseczna Piotrowska |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzimartyna.lewicka@iczmp.edu.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Wstęp: Pierwotna odma samoistna jest najczęściej wynikiem pęknięcia pęcherza rozedmowego wpłucach, bez współistniejących chorób płuc, urazów czy działań jatrogennych. Dotyczy głównienastolatków oraz młodych dorosłych. Główne objawy to duszność, kaszel i ból w klatce piersiowej.Leczenie może obejmować nakłucie jamy opłucnowej, drenaż lub leczenie chirurgiczne.Cel: Celem pracy jest przedstawienie doświadczeń Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej ICZMP wleczeniu dzieci z samoistną odmą opłucnową.Materiał i metody: Analiza dokumentacji medycznej dzieci leczonych w latach 2021-2023 w KliniceChirurgii i Urologii Dziecięcej ICZMP w Łodzi z powodu PSP.Wyniki: W latach 2021-2023 z powodu samoistnej odmy opłucnowej leczono 10 dzieci (1dziewczynka, 9 chłopców) w wieku 15-17 lat. U czworga dzieci objawy PSP wystąpiły po wysiłku, a u jednego po infekcji górnych dróg oddechowych. Najczęstszym objawem był ból w klatce piersiowej, trojgu dzieciom towarzyszyła duszność. W badaniu podmiotowym u ośmiorga pacjentów stwierdzono osłabienie szmeru pęcherzykowego po stronie odmy, a u jednego pacjenta odnotowano spadek saturacji, co wymagało włączenia tlenoterapii. Wszyscy pacjenci mieli wykonane RTG, u ośmiorga wykonano tomografię komputerową. U siedmiorga pacjentów założono drenaż, a troje poddano torakoskopii, u dwojga dzieci resekowano zmieniony fragment szczytu płuca. Wycięte podczas zabiegów torakoskopii fragmenty zmienionego szczytu płuca poddano badaniom histopatologicznym. Czas hospitalizacji pacjentów wyniósł średnio 7,2 dnia. U dwojga jednego pacjenta stwierdzono nawrotową samoistną odmę opłucnową, u innego odma pojawiła się po około roku po stronie przeciwnej do pierwszego epizodu.Wnioski: RTG klatki piersiowej jest wystarczającym narzędziem w diagnostyce PSP, szczególnie wprzypadkach niewielkiej odmy. TK powinna być ograniczana do przypadków powikłanych lubnawrotowych. Leczenie zachowawcze jest skuteczne u pacjentów z niewielką odmą opłucnową.Torakoskopia wspomagana wideo (VATs) jest preferowaną metodą leczenia w przypadku nawrotów PSP lub występowania dodatkowych czynników ryzyka, jak niskie BMI (&lt;20 kg/m²). Niska wartość BMI (poniżej 20 kg/m²) jest istotnym czynnikiem ryzyka PSP i jej nawrotów, zwłaszcza u chłopców. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Chirurgiczne leczenie powikłanych wad rozwojowych płuc u dzieci – analiza przypadków. |
| Autorzy:  | Maciej Maciaszczyk \*, Dariusz Ligarski\*, Katarzyna Solarczyk-Bombik\*, Wojciech Szatkowski\*\*, Ziemowit Halota\*\*, Michał Bobowski\*\*, Matylda Missala\*\*, Kacper Weśniuk\*\*Weśniuk |
| Ośrodek:E-mail: | (\*) Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Rabka Zdrój.(\*\*) Oddział Intensywnej Terapii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Rabka Zdrój.mmaciaszczyk@igrabka.edu.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | WstępWady rozwojowe płuc (CLMs) stanowią grupę wrodzonych zaburzeń, które w większości rozpoznawane są ultrasonograficznie w okresie prenatalnym. Umożliwia to planowanie leczenia oraz uniknięcie powikłań związanych z późnym rozpoznaniem wad. Część pacjentów jednak z różnych powodów nie jest elektywnie leczonych chirurgicznie w okresie bezobjawowym. W tej grupie chorych może dochodzić do powikłań pod postacią nawrotowych zakażenia układu oddechowego, odmy opłucnowej oraz rozwoju nowotworu. Diagnostyka przedoperacyjna powikłanych wad rozwojowych płuc jest również obarczona dodatkowymi trudnościami. Leczenie chirurgiczne pacjentów z objawowymi wadami płuc wiąże się z możliwością wystąpienia częstszych powikłań pooperacyjnych oraz dłuższą hospitalizacją. Opóźnienie leczenia chirurgicznego może również prowadzić w dalszej perspektywie do upośledzenia rozwoju pozostałego miąższu płucnego. Cel Prezentacja czterech wybranych przypadków powikłanych wad rozwojowych płuc leczonych chirurgicznie technikami dwuportową i klasyczną.Materiał i metodyW Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce Zdroju w latach 2020-2024 poddano leczeniu chirurgicznemu między innymi cztery pacjentki w wieku od 7 do 17 lat z powodu powikłanych wad wrodzonych płuc. Chore były operowane z powodu:1/ zakażonej wrodzonej malformacji dróg oddechowych płuc (CPAM ) powikłanej ropniem płuca 2/sekwestracji zewnątrzpłucnej powikłanej skrętem szypuły naczyniowej z następową martwicą 3/sekwestracji wewnatrzpłucnej powikłanej płatowym zapaleniem płuc oraz 4/ torbieli oskrzelopochodnej z towarzyszącą rozedmą na skutek upośledzenia drożności oskrzela płatowego. W trzech pierwszych przypadkach przebieg pooperacyjny był niepowikłany. U czwartej chorej w okresie pooperacyjnym występował brak pełnego rozprężenia płuca z utrzymująca się resztkową komorą poresekcyjnąPodsumowaniePlanowe leczenie operacyjne wrodzonych wad rozwojowych płuc w okresie bezobjawowym pozwala uniknąć możliwych, późniejszych powikłań. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Sposoby leczenia wrodzonych deformacji małżowin usznych – analiza 20-letnich doświadczeń. |
| Autorzy:  | Anna Chrapusta |
| Ośrodek:E-mail: | Małopolskie Centrum Oparzeniowo-Plastyczne, Kraków |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  Wstęp: Deformacje małżowin usznych u dzieci mogą przybierać bogaty obraz kliniczny począwszy od uszu odstających aż po mikrocje objawiające się brakiem małżowiny usznej i obecnością szczątkowej części chrzęstnej lub jedynie obecnością fragmentu płatka ucha. Wrodzona wada małżowin usznych może być wynikiem anomalii izolowanej lub może być składową zespołu wad wrodzonych. Sposób operacji zależy od typu wady. Jeżeli małżowina istnieje, ale ma nieprawidłowy kształt, wówczas można zastosować rozmaite techniki korekcyjne. W przypadku mikrocji należy wykonać rekonstrukcję całej małżowiny usznej z wykorzystaniem przeszczepu chrząstki łuku żebrowego. Stosowane są również syntetyczne szkielety małżowiny usznej. Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie sukcesów i porażek rekonstrukcji małżowin usznych na podstawie 20-letnich doświadczeń. Materiał i metody: Badania objęły swoją analizą dzieci z wrodzoną deformacją, niedorozwojem lub brakiem małżowiny usznej. Analizie zostały podjęte metody modelowania małżowiny i rekonstrukcje zarówno z użyciem chrząstki łuku żebrowego jak i z użyciem implantu Medpor. Wyniki: W grupie pacjentów zakwalifikowanych do rekonstrukcji małżowiny usznej z powodu mikrocji uzyskano znacznie lepsze wyniki stosując chrząstkę łuku żebrowego według techniki Fermin w porównaniu z użyciem sztucznego implantu. Operacje modelowania kształty małżowiny w różnego stopniu niedorozwojach wymagają często stosowania kombinacji wielu technik i przynoszą zadawalające wyniki.Wnioski:W celu całkowitej wytworzenia małżowiny usznej korzystniejsze jest użycie chrząstki żebra niż sztucznego implantu. Zmiana kształtu chrząstki zdeformowanej małżowiny jest często dużym wyzwaniem, ale może przynieść satysfakcję pacjenta.Dyskusja:  W leczeniu mikrocji częstym problemem jest chęć rodziców jak najszybszego zoperowania dziecka. Metody tradycyjne z użyciem chrząstki żebra nie pozwalają na wczesną operację. Zastąpienie chrząstki sztucznym implantem nie zawsze daje przewidywalny wynik. Zabiegi |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Urazy trzustki u dzieci |
| Autorzy:  | Katarzyna Ciesielska, Andrzej Jóźwiak, Anna Piaseczna-Piotrowska |
| Ośrodek:E-mail: | ICZMP Łódź k\_ciesielska1@yahoo.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: | Wstęp: Urazy trzustki u dzieci stanowią rzadkie następstwo urazów jamy brzusznej. Najczęściej dochodzi do nich na skutek tępych urazów jamy brzusznej – ucisku przez pasy bezpieczeństwa, uderzenia przez kierownicę roweru, przygniecenia ciężkim przedmiotem lub bezpośredniego uderzenia. Na skutek nagłego i silnego dociśnięcia trzustki do pierwszego i drugiego kręgu lędźwiowego kręgosłupa dochodzi do jej stłuczenia, pęknięcia lub rozerwania. Uszkodzenie miąższu trzustki i/lub przewodów trzustkowych w związku z uwolnienia enzymów trzustkowych prowadzi do jej zapalenia/rozlanego zapalenia jamy otrzewnej ,co może bezpośrednio zagrażać zdrowiu i życiu dziecka Cel: Celem pracy jest przedstawienie trudności diagnostyczno-leczniczych pacjentów po urazach jamy brzusznej, u których doszło do uszkodzenia trzustki. Materiał i metody: Analiza dokumentacji medycznej dzieci leczonych w latach 2019-2023 w Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej ICZMP w Łodzi z powodu urazów trzustki.Wyniki: W latach 2019-2023 hospitalizowanych z powodu urazu wielonarządowego, w tym urazu trzustki było 9 pacjentów w wieku 3-17 lat. Najczęstszą przyczyną urazów trzustki był wypadek komunikacyjny. Najczęstszym objawem był ból brzucha i szybko rozwijające się objawy „ostrego brzucha”. U wszystkich pacjentów wykonano badanie TK jamy brzusznej z kontrastem, które u 2 dzieci wykazało uszkodzenie przewodu trzustkowego. Tych pacjentów zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Kolejnej 3 pacjentów wymagała zabiegu operacyjnego z powodu perforacji żołądka/jelita . U 4 pacjentów leczenie zachowawcze było wystarczające. Średni czas hospitalizacji u pacjentów operowanych wynosił 36 dni. Średni czas hospitalizacji pacjentów leczonych zachowawczo wynosił 10 dni. Wszyscy pacjenci przeżyli i w stanie ogólnym dobrym zostali wypisani do dalszej kontroli ambulatoryjnej. Wnioski: Obrażenia trzustki są trudnymi do zdiagnozowania i obarczonymi dużym odsetkiem powikłań następstwami urazów jamy brzusznej. Często towarzyszą im urazy innych struktur jamy brzusznej. Wybór metody leczenia zależy w dużej mierze od stopnia ciężkości uszkodzenia trzustki lub innych narządów. Urazy trzustki wymagające leczenia operacyjnego wyraźnie wpływają na wydłużenie czasookresu hospitalizacji. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Wielokrotne torakotomie w leczeniu kostniakomięsaka z przerzutami do płuc – przeżycie długoterminowe.  |
| Autorzy:  | I.Malesza, K.Bilska, K.Bronowicki, T.Walenta, D.Mydlak, A.Szymborska, A.Raciborska |
| Ośrodek:E-mail: | Kliniki Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Instytut Matki i Dziecka Warszawa.  |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Wskazania i celePrzerzuty kostniakomięsaka najczęściej lokalizują się w płucach.Całkowitą remisję osiąga się jedynie u chorych po chirurgicznym usunięciu wszystkich przerzutów. Materiał i metody W ciągu ostatnich dwóch dekad w IMID w Warszawie wykonaliśmy ponad 300 torakotomii u pacjentów z kostniakomięsakiem. Wielokrotne reoperacje wykonywano z powodu przerzutów do płuc(3-10) u 30 pacjentów. Średni wiek tych pacjentów wynosił 13,1, minimalny 6.7, maksymalny 18,9 w momencie rozpoczęcia leczenia onkologicznego. Rozkład płci - operowaliśmy 10 dziewcząt i 20 chłopców. Czas obserwacji wynosił od 1.6 do 15,1 lat,(średnia 6,8) od momentu rozpoczęcia leczenia onkologicznego WynikiZ grupy poddanej analizie żyje nadal 17 pacjentów co stanowi 57%. Najczęściej wykonywano resekcję klinową, ale w kilku przypadkach konieczne było wykonanie lobektomii. WnioskiChemioterapia w przerzutowym kostniakomięsaku nadal nie wpływała istotnie na przeżycie chorych.U pacjentów z przerzutami do płuc, o ile to możliwe, należy przeprowadzić nawet wielokrotne operacje, z maksymalnym oszczędzeniem tkanki płucnej.  |