|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Interdyscyplinarne wykorzystanie Technologii Trójwymiarowych w Chirurgii Dziecięcej |
| Autorzy:  | Bartosz Gajek, Justyna Rajewska-Majchrzak, Małgorzata Rybarczyk, Kaja Giżewska-Kacprzak  |
| Ośrodek:E-mail: | Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii RękiPomorski Uniwersytet Medyczny w Szczeciniebartosz.gajek@pum.edu.pl kaja.gizewska.kacprzak@pum.edu.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  Technologie trójwymiarowe, w tym wizualizacje i druk 3D oraz mieszana rzeczywistość, stanowią kluczowe innowacje we współczesnej medycynie. Oferują szerokie możliwości w zakresie diagnostyki, planowania przedoperacyjnego i edukacji medycznej. Modele 3D, powstają na bazie wizualizacji trójwymiarowych, które z kolei tworzone są na podstawie danych z tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Pozwalają na precyzyjne odwzorowanie struktur anatomicznych pacjenta, oraz struktury patologiczne takie malformacje naczyniowe, czy guzy wymienionych struktur.  W pracy przedstawiono wybrane zastosowania technologii trójwymiarowych w chirurgii dziecięcej.  Planowanie przedoperacyjne z wykorzystaniem technologii ułatwia określenie dostępu operacyjnego względem często niewyczuwalnej zmiany, co przyczynia się do ograniczenia rozległości zabiegu i skrócenia czasu operacji, wpływając tym samym na poprawę bezpieczeństwa pacjenta i ograniczenie ryzyka powikłań. Wizualizacje 3D są pomocne w planowaniu biopsji guzów narządu miąższowych. Modele pomagają w podjęciu decyzji o możliwości resekcji zmiany oraz wyborze sposobu operacji, szczególnie w zabiegach malformacji naczyniowych i precyzyjnym określaniu przebiegu unaczynienia zmiany. W naszym zespole Chirurgii Ręki modele tkanek kończyny górnej służą do oceny obszarów objętych rozległymi urazami, pomiarów i przygotowania przed zabiegami osteotomii korekcyjnych lub resekcji objętych stanem chorobowym fragmentów kośćca i tkanek miękkich. We współpracy z onkologami dziecięcymi w naszym ośrodku modele 3D służą do określania odpowiedzi pacjentów onkologicznych na chemioterapię poprzez dokładne obliczanie zmian objętości masy guza, a następnie do przygotowania zespołu chirurgicznego przed zabiegiem operacyjnym. Mieszana rzeczywistość stanowi dodatkowe narzędzie śródoperacyjne, umożliwiając chirurgom nanoszenie modelu anatomicznego przy pomocy gogli HoloLens na pacjenta w czasie rzeczywistym. Dzięki temu mogą oni wizualizować głębokie struktury anatomiczne, manipulować modelem i uzyskiwać dodatkowe informacje bez przerywania sterylności pola operacyjnego.  Zastosowanie technologii 3D ułatwia także komunikację z pacjentem – przedstawienie trójwymiarowego modelu schorzenia pomaga w zrozumieniu jego istoty, zmniejsza stres towarzyszący hospitalizacji oraz pozwala na uzyskanie świadomej zgody na leczenie. Dydaktyczna rola modeli 3D i rzeczywistości mieszanej jest nieoceniona, umożliwiając studentom medycyny i młodym lekarzom „namacalne” poznanie struktur anatomicznych i jednostek chorobowych w skali 1:1. Te technologie angażują ich w sposób praktyczny, wspierają efektywne przyswajanie wiedzy i przygotowanie do pracy klinicznej. Innowacyjne rozwiązania trójwymiarowe stają się zatem standardem w medycynie, przynosząc wymierne korzyści zarówno pacjentom, jak i zespołom medycznym oraz studentom. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Ocena wpływu pourodzeniowego morfologii jelit u dzieci leczonych z powodu wytrzewienia wrodzonego w Klinice Chirurgii IMID w latach 2010 – 2024.  |
| Autorzy:  | Jakub Jasiński, Dariusz Mydlak, Diyaa Alhashlamoun, Ewa Sawicka  |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawiejakub.jasinski@imid.med.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Cel:Ocena wpływu pourodzeniowego morfologii jelit u dzieci leczonych z powodu wytrzewienia wrodzonego na parametry warunkujące wyniki leczenia w latach 2010-2024 r.Wstęp:Wytrzewienie jest wadą wrodzoną występującą w populacji z częstością 1:2500. Optymalnym jest rozpoznanie prenatalne wady i leczenie operacyjne w pierwszych godzinach po porodzie. Celem pracy była ocena wpływu pourodzeniowego stanu jelit na długość wentylacji, żywienia pozajelitowego i hospitalizacji w Klinice Chirurgii IMiD.Materiał i metody:Retrospektywnej analizie poddano dane 117 dzieci leczonych z powodu wytrzewienia wrodzonego w Klinice Chirurgii IMID w latach 2010-2024. Analizie poddano wpływ morfologii jelit po porodzie na długość wentylacji, żywienia pozajelitowego, wystąpienie infekcji wtórnej  oraz długość hospitalizacji. Zastosowano modele Machine Learning, aby zbadać istotność predykcyjną zmiennych.Wyniki i wnioski:W 66 przypadkach jelita morfologicznie oceniono jako stan “dobry”, “średni” w 17 przypadkach natomiast w 34 przypadkach jako “zły’. Potwierdzono, że czynnikiem, który najbardziej wpływał na długość żywienia pozajelitowego, hospitalizacji oraz częstszego występowania infekcji wtórnych był zły stan wytrzewionych jelit. Bez związku wydaje się natomiast stan jelit w stosunku do długości wentylacji mechanicznej. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Operacje nerkooszczędzające (NSS) w jednostronnych i obustronnych guzach nerek. |
| Autorzy:  | Edyta Jędrzejak1, Marzena Kozakiewicz1, Anna Wojtyłko1 Iwona Dachowska-Kałwak 3 , Mateusz Łyżwa3 , Wojciech Pietras3, Małgorzata Rąpała1, Jan Godziński1,2 |
| Ośrodek:E-mail: | 1) Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka, Wrocław, Poland2) Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu3) Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiue-mail: edyta.jedrzejak@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Cel badania: Analiza możliwości wykonania NSS w jednostronnych i obustronnych guzach nerek.Metody: Przeanalizowano dane pacjentów, leczonych w naszym Oddziale, z jedno- (35 pacjentów) i obustronnymi (14 pacjentów) guzami nerek z lat 2017-2019, u których wykonano zabieg NSS lub nefrektomię całkowitą. W grupie pacjentów z guzem jednostronnym wykonano 16 nefrektomii całkowitych i 19 zabiegów nerkooszczędzających. Wśród pacjentów z obustronnym guzem wykonano 6 nefrektomii całkowitych i 18 zabiegów nerkooszczędzających. Grupa pacjentów zakwalifikowanych do NSS była starannie dobrana pod kątem bezpieczeństwa onkologicznego i obejmowała zarówno pacjentów miejscowych jak i pacjentów przeniesionych z innych centrów hematoonkologicznych. Wszyscy pacjenci leczeni byli według protokołu Umbrella.Wyniki: Zarówno w przypadku nefrektomii całkowitej, jak i operacjach nerkooszczędzających, doszczętność wyniosła 100%. W grupie guzów jednostronnych rozpoznania histopatologiczne były następujące: nephroblastoma 23, cystic nephroma 5, mesoblastic nephroma 3, renal cell carcinoma 1, nephroblastomatosis 1, angiomyolipoma 1, vascular malformation 1. W grupie pacjentów z guzem obustronnym u 5 pacjentów wykonano obustronne zabiegi nerkooszczędzające, natomiast u pozostałych 5 wykonano jednostronny NSS i kontralateralną całkowitą nefrektomię. W tej grupie rozpoznano nefroblastomę u 16 pacjentów i nefroblastomatozę u 2 pacjentów. Przeżywalność po NSS w guzach jedno- i obustronnych wyniosła 100%. W 17 przypadkach czas obserwacji przekroczył 5 lat; brak danych w odniesieniu do 3 pacjentów.Wnioski: Obustronny NSS w V stadium zaawansowania guza nerek był wykonalny w 38%, podczas gdy u pozostałych chorych konieczne było usunięcie jednej z nerek. Nie wykonano obustronnych nefrektomii całkowitych. Wśród pacjentów z jednostronnym guzem nerek odsetek NSS wyniósł 54%, ale była to grupa starannie wyselekcjonowana, w której znajdowali się również pacjenci z innych ośrodków hematoonkologicznych.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Leczenie operacyjne raka kory nadnerczy (ACC) w populacji dziecięcej. |
| Autorzy:  | Emilia Kocot, Grzegorz Kowalewski, Marek Stefanowicz, Piotr Kaliciński |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, IPCZDe.kocot@ipczd.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Cel pracy Rak kory nadnerczy (ACC) jest rzadkim i agresywnym nowotworem wieku dziecięcego. Leczenie operacyjne jest podstawowym sposobem terapii, jednak dane z literatury na temat leczenia ACC są skąpe i ograniczone do małych populacji. W niniejszym badaniu retrospektywnym oceniono wyniki leczenia operacyjnego pacjentów pediatrycznych z rozpoznaniem raka kory nadnerczy w latach 2001-2023 w Klinice Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, IPCZD.  Materiały i metody W analizie uwzględniono 15 pacjentów, którzy przeszli leczenie operacyjne z powodu ACC. Oceniono charakterystykę kliniczną, leczenie chirurgiczne, powikłania pooperacyjne oraz długoterminowe wyniki, w tym częstość nawrotów i przeżywalność pacjentów.  Wyniki U wszystkich 15 pacjentów rozpoznanie ACC potwierdzono badaniem histopatologicznym. Wszystkie nowotwory były hormonalnie aktywne. Mediana wieku w chwili operacji wynosiła 1,6 roku (od 1 miesiąca życia do 16 roku życia). Dziewięciu z piętnastu pacjentów po leczeniu otrzymało leczenie uzupełniające (chemioterapię i/lub mitotan). U dwóch pacjentów wystąpił nawrót choroby mimo leczenia chirurgicznego i uzupełniającego. Jeden pacjent zmarł pięć miesięcy po operacji z powodu postępu choroby. Wśród prezentowanej grupy, 4 pacjentów zostało zoperowanych laparoskopowo, pozostali poprzez laparotomię. Powikłania chirurgiczne: niedrożność przewodu pokarmowego, ostre zapalenie trzustki i chłonkotok, wystąpiły u trzech pacjentów Mediana czasu obserwacji wynosi 5,75 lat (od 2 miesięcy do 15 lat). Estymowane 5-letnie przeżycie w naszej grupie pacjentów wynosiło 95%.  Wnioski Leczenie operacyjne raka kory nadnerczy dało obiecujące wyniki w populacji naszych pacjentów. Wysoki odsetek przeżyć sugeruje, że leczenie operacyjne jest skuteczną metodą leczenia ACC, jednak możliwość nawrotu choroby i konieczność oceny endokrynologicznej uzasadniają długotrwałą obserwację pacjentów. Laparoskopia może być skutecznym dostępem chirurgicznym w wybranej grupie pacjentów.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Zastosowanie termoablacji o częstotliwości radiowej w leczeniu łagodnych guzów tarczycy u dzieci – doniesienie wstępne. |
| Autorzy:  | Dariusz Ponik1, Andrzej Śmigielski1, Marta Pietrzykowaka2, Agnieszka Bogusz-Wójcik3, Łukasz Fus4, Jan Bartuszek2, Magdalena Tarasińska5, Elżbieta Moszczyńska3 |
| Ośrodek:E-mail: | 1Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów 2Zakład Diagnostyki Oprazowaj 3Oddział Endokrtnologii 4Zakład Patomorfologii 5Klinika Onkologii Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie d.polnik@ipczd.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Termoablacja o częstotliwości radiowej ( Radiofrequency Ablation-RFA) jest małoinwazyjną metodą leczenia zmian guzowatych tarczycy, mogącą być alternatywą dla leczenia operacyjnego. RFA pozwala oszczędzić zdrowy miąższ tarczycy, a co za tym idzie zachować jej hormonalną czynność.Cel:Prezentacja wstępnych doświadczeń z zastosowania termoablacji o częstotliwości radiowej w leczeniu łagodnych guzów tarczycy u dzieci.Materiał i metoda:Do zabiegu termoablacji kwalifikowano pacjentów z guzami tarczycy dającymi objawy uciskowe i pacjentów z powiększającymi się guzami tarczyc. Przed kwalifikacją do RFA wykonywano biopsję aspiracyjną cienkoigłową w celu wykluczenia zmian o charakterze złośliwym. Zabieg termoablacji wykonywano w znieczuleniu ogólnym. W trakcie zabiegu w celu potwierdzenia łagodnego charakteru zmiany wykonywano także biopsję gruboigłową guzów. Po zabiegu pacjenci byli hospitalizowany przez jedną dobę i po kontrolnym usg tarczycy wypisywano ich do domu. Kontrolne badania usg tarczycy wykonywano 1, 3 i 6 miesięcy po zabiegu. Pacjenci pozostają także pod opieką Poradni Endokrynologicznej IP-CZD.Od października 2023 w Klinice Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IPCZD wykonano 21 zabiegów termoablacji guzów tarczycy u 21 pacjentów (19 dziewczynek i 2 chłopców w wieku od 10 do 18 lat, mediana 15 lat).Wyniki:U wszystkich pacjentów uzyskano subiektywne i obiektywne zmniejszenie zmian w tarczyc.Po zabiegu u żadnego pacjenta nie stwierdzono krwiaków, ani objawów nadczynności tarczycy. Powikłania wystąpiły u 2 pacjentów pod postacią przemijającego obrzęku szyi po stronie, po której wykonano RFA oraz chrypki, która ustąpiła po miesiącu od zabiegu u pierwszej pacjentki; u drugiej wystąpił objaw Hornera. Wnioski:Wstępne doświadczenia wskazują, że termoablacja o częstotliwości radiowej jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia łagodnych guzów tarczycy u dzieci. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Leczenie skomplikowanych form spodziectwa  |
| Autorzy:  | **Poćurko A., Płacko N., Perejaslow A., Hrymak I., Iwaszkiewicz D., Hyża B., Poćurko R..** |
| Ośrodek:E-mail: | KNP LOR Kliniczny Ośrodek Medycyny Dziecięcej, Szpital „OCHMATDYT”, Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Daniela Halickiego natalya.plyatsk@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XXI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024 raport plakatowy |  |
| Streszczenie: | **Wstęp:** Spodziectwo to jedna z najczęstszych i trudnych do leczenia wad rozwojowych układu moczowo-płciowego, wymagająca skomplikowanych operacji rekonstrukcyjnych. Powikłania pooperacyjne, takie jak przetoki moczowe, deformacja prącia, defekty kosmetyczne, zwężenie neouretry, divertikule i przewlekłe zapalenia cewki moczowej, zależą w dużej mierze od doświadczenia kliniki. Kolejne operacje wiążą się z ryzykiem tworzenia blizn, niedokrwienia tkanek i przewlekłych infekcji. **Cel badania:** Analiza wyników chirurgicznego leczenia skomplikowanych form spodziectwa oraz poszukiwanie skutecznych podejść do powtórnej korekcji, zależnie od trudności komplikacji. **Materiały i metody:** W latach 2022-2024 do naszej kliniki zgłosiło się 25 dzieci (w wieku 2-18 lat), które przeszły nieudane operacje spodziectwa. U 13 dzieci przeprowadzono kolejne operacje, a 12 przygotowuje się do dalszych korekcji. Większość pacjentów miała spodziectwo żołędziowe, prąciowe, lub kroczow**Wyniki:** Powikłania po poprzednich operacjach obejmowały nawrót choroby, deformację prącia, przetoki, trudności w oddawaniu moczu i zapalenie cewki. U części dzieci wystąpiły także problemy psychiczne. Wybór metody korekcji zależał od liczby przetok, deformacji prącia, obecności divertikuli i stanu blizn.**Leczenie:** W rezultacie udało się skorygować powikłania u 12 dzieci w jednym etapie operacyjnym.Przed wykonaniem chirurgicznej korekcji wady, każde dziecko przeszło kompleksowe badania i otrzymało jednolitą przygotowanie przedoperacyjne.Bardzo ważnym elementem przygotowania takich dzieci jest miejscowe przygotowanie skóry prącia i napletka. Niektóre dzieci wymagały dłuższego przygotowania, zwłaszcza w przypadkach wyraźnej hipoplazji tkanek prącia oraz licznych pooperacyjnych zniekształcających blizn. W takich przypadkach przeprowadziliśmy miejscową terapię hormonalną (maść testosteronowa) w kursach. Niektórzy pacjenci wymagali systemowej terapii hormonalnej gonadotropiną łożyskową w związku z oznakami hipogonadyzmu i obecnej patologii jąder.U 12 dzieci udało się skorygować powikłania pooperacyjne i nawroty w jednym etapie.Izolowane zamknięcie przetok moczowych wykonano u 3 pacjentów. Cewnikowanie pęcherza moczowego nie było przeprowadzane w celu zapobiegania możliwemu zapaleniu cewki moczowej i nawrotowi przetoki. Resekcja dalszej części cewki moczowej z licznymi przetokami i mobilizacja bezprzetokowej neouretry z tworzeniem ujścia na szczycie główki prącia wykonano u dwóch dzieci. Deriwacja moczu zapewniana była długotrwałym cewnikowaniem pęcherza moczowego. Najczęściej (7 dzieci) wykonano uretroplastykę metodą W. Snodgrass (w modyfikacji "Snodgraft") z usunięciem przetok moczowych i plastyką skóry. Wyodrębniliśmy tzw. "krótkiego" Snodgrafta, gdy długość przeszczepu z wewnętrznej warstwy napletka nie przekraczała 2 cm, i "długiego" - gdy była większa niż 2 cm (czasami 4-6 cm). "Krótki" Snodgraft wykonano u 5 chłopców, "długi" - u 2. Cewnik usuwano w 9-11 dniu po korekcji. Jednemu pacjentowi przeprowadzono meatomię zewnętrznego ujścia neouretry z powodu wyraźnego zwężenia, obecności divertikula i trudności w oddawaniu moczu, jako pierwszy etap przygotowawczy do dalszej korekcji. Pozytywny wynik po chirurgicznej korekcji uzyskano u wszystkich dzieci.**Wnioski:** Korekcja skomplikowanych form spodziectwa jest wymagającym zadaniem, które powinno być przeprowadzane tylko w wyspecjalizowanych ośrodkach. Należy pamiętać, że poprawa funkcji i wyglądu prącia ma kluczowe znaczenie dla jakości życia pacjentów. |