|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Plastron okołowyrostkowy – analiza schematu postępowania. |
| Autorzy:  | Bodziacka A., Jasińska A. |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dziecięcej UCKWUME-mail: agata.bodziacka@uckwum.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  WstępAppendektomia jest najczęściej wykonywaną pilna operacją brzuszną u dzieci. Roczna zachorowalność wzrasta z około 5:10000 dzieci poniżej 5 rż do około 25:10000 dzieci pomiędzy 5 a 14 rż. W 3,9% ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego dochodzi do powstania nacieku okołowyrostkowego. Utworzony jest ze zmienionego zapalnie wyrostka robaczkowego, sieci i pętli jelitowych.Materiał i metodologiaRetrospektywnie przenalizowano dane pacjentów leczonych w Klinice Chirurgii Dziecięcej UCKWUM z powodu plastronu okołowyrostkowego w latach 2023-2024 oraz dostępną literaturę. Pod uwagę wzięto warunki kwalifikacji, schemat postępowania oraz wyniki leczenia. Cel pracyAnaliza schematu postępowania w plastronie okołowyrostkowym.WynikiW latach 2023-2024 hospitalizowanych było 246 pacjentów z zapaleniem wyrostka robaczkowego, z czego 6 pacjentów z plastronem okołowyrostkowym zakwalifikowanych do leczenia zachowawczego z odroczoną operacją. W leczeniu stosowano czasowe wstrzymanie podaży doustnej, antybiotykoterapię szerokospektralną, płynoterapię dożylną. Jeden pacjent z powodu braku efektu leczenia zachowawczego był zakwalifikowany do laparoskopii zwiadowczej, po której z rozpoznaniem chłoniaka Burkitta był przekazany do Oddziału Onkologii. U 1 z 4 operowanych dzieci śródoperacyjnie stwierdzono utrzymujący się naciek zapalny z ropniem okołowyrostkowym. 1 pacjentka oczekuje na leczenie operacyjne, pozostaje bezobjawowa. WnioskiLeczenie zachowawcze z odroczoną appendektomią jest bezpiecznym schematem postępowania u pacjentów z plastronem okołowyrostkowym. Kluczowym punktem całego procesu jest właściwa kwalifikacja pacjentów. Do momentu zakończenia leczenia pacjent powinien pozostawać pod kontrolą ambulatoryjną, która weryfikuje oczekiwany wynik leczenia. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Praktyczne wytyczne dotyczące zastosowania zieleni indocyjaninowej w różnych gałęziach chirurgii dziecięcej. Ogólnopolskie badanie wieloośrodkowe. |
| Autorzy:  | Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Grzegorz Kowalewski, Hanna Garnier, Anna Wojtyłko, Maciej Murawski, Marta Szczygieł, Magdalena Al-Ameri, Piotr Czauderna, Jan Godzinski, Piotr Kalicinski, Przemysław Mańkowski |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej w PoznaniuKlinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów w WarszawieKlinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży w GdańskuOddział Chirurgii Dziecięcej we Wrocławiu |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Wprowadzenie: Chirurgia dziecięca wymaga wysokiej precyzji i bezpieczeństwa ze względu na unikalną anatomię i fizjologię dzieci. Innowacje, które zwiększają precyzję chirurgiczną, skracają czas operacji i poprawiają wyniki pooperacyjne, są nieocenione. Zieleń indocyjaninowa (ICG), barwnik fluorescencyjny bliskiej podczerwieni, zdobyła uznanie ze względu na spełnianie powyższych założeń.Cel: Badanie miało na celu przedstawienie zastosowania ICG w różnych gałęziach chirurgii dziecięcej.Materiały i metody: Dane zostały zebrane na podstawie dokumentacji medycznej 136 pacjentów poddanych leczeniu chirurgicznemu w czterech ośrodkach klinicznych chirurgii dziecięcej w Polsce. Wyróżniono cztery główne grupy zabiegów chirurgicznych: onkologiczne, gastroenterologiczne, urologiczne i limfatyczne. Obliczenia wykonano przy użyciu programów Statistica 13 firmy TIBCO oraz PQStat v. 1.8.6.120 firmy PQStat Software. Ponadto wykonano statystykę opisową.Wyniki: Skuteczność i bezpieczeństwo ICG zostały potwierdzone w całej badanej grupie. Nie odnotowano żadnych powikłań związanych ze stosowaniem zieleni indocyjaninowej. Szczegółowe statystyki opisowe przedstawiły kluczowe informacje na temat zastosowania ICG dla każdej z badanych grup.Wnioski: Badanie potwierdza skuteczność i bezpieczeństwo obrazowania fluorescencyjnego ICG w chirurgii dziecięcej. Zwiększając precyzję chirurgiczną i poprawiając wyniki pooperacyjne, zastosowanie ICG stanowi znaczący postęp w chirurgii pediatrycznej. Wypracowanie ustandaryzowanych protokołów i nacisk na specjalistyczne szkolenia będą kluczem do maksymalizacji korzyści płynących z ICG. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł:** | Zieleń indocyjaninowa (ICG) w chirurgii śledziony u dzieci – czy nadszedł czas, aby pożegnać się z krytycznym krwawieniem? – seria przypadków |
| **Autorzy:** | B. Bogusz, J. Godlewska, M. Romiszewski, 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:** | Chirurgia śledziony u pacjentów pediatrycznych stanowi istotne wyzwanie, szczególnie w przypadku dążenia do wykonania hemisplenektomii zamiast splenektomii całkowitej. Precyzyjne przeprowadzenie częściowej resekcji u dzieci wymaga wyjątkowej dokładności i delikatności przy preparowaniu naczyń wnęki, oraz odpowiedniej hemostazy. Celem jest zachowanie jak największej ilości funkcjonalnie czynnej tkanki śledziony. W okresie od maja 2024 do października 2024 roku w Klinice Chirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie przeprowadzono cztery zabiegi hemisplenektomii u pacjentów w wieku od 7 do 14 lat z wykorzystaniem zaawansowanego systemu chirurgicznego da Vinci oraz obrazowania za pomocą barwnika indocyjaninowego (ICG).System da Vinci umożliwił lepszą kontrolę i precyzję podczas preparowania wnęki śledziony u pacjentów pediatrycznych, co było kluczowe dla uniknięcia uszkodzenia drobnych naczyń zaopatrujących pozostawiane fragmenty miąższu, oraz pewne zaopatrzenie naczyń usuwanej połowy śledziony. Barwnik ICG pozwalał na wizualizację w czasie rzeczywistym naczyń wnęki śledziony, co ułatwiało precyzyjne wyznaczenie zakresu resekcji, minimalizując jednocześnie ryzyko nadmiernego krwawienia oraz zbędnej utraty tkanki. Dzięki połączeniu wymienionych technologii zaobserwowano poprawę wyników operacji, w tym zwiększoną precyzję hemisplenektomii, skrócenie czasu operacji, czasu hospitalizacji oraz możliwość odstąpienia od drenażu loży operacyjnej.Nasze doświadczenie sugeruje, że hemisplenektomia wspomagana robotem, z wykorzystaniem obrazowania ICG, stanowi bezpieczne, mało inwazyjne i bardzo skuteczne podejście w chirurgii śledziony u dzieci. Ta kombinacja technologii nie tylko pozwala na zachowanie optymalnej ilości tkanki śledziony, ale również istotnie zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych. Uważamy, że ta metoda może stać się standardem w chirurgii śledziony u dzieci, oferując zarówno lekarzom, jak i młodym pacjentom bezpieczniejszą alternatywę w porównaniu do tradycyjnych technik wideochirurgicznych. Prezentowana seria przypadków podkreśla potencjał technologii robotycznych i obrazowania w poprawie wyników leczenia chirurgicznego w wybranych wskazaniach. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Chirurgiczne leczenie przetok wargi dolnej u pacjentów z zespołem Van der Woude (VWS) |
| Autorzy:  | Maamon Jaradat, Łukasz Wieprzowski, Barbara Offert., Zbigniew Surowiec, Orest Szczegielski Włodzimierz Piwowar, Ewa Sawicka.  |
| Ośrodek:E-mail: | Instytut Matki i Dziecka , klinika chirurgii dzieci i młodzieżyjar.maamon@gmail.com  |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Wprowadzenie:Zespół Van der Woude (VWS) to rzadka wada wrodzona charakteryzująca się występowaniem przetok wargi dolnej u pacjentów z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Jest dziedziczona autosomalnie dominująco i stanowi około 2% przypadków. Defekt genetyczny zespołu VWS wynika z mikrodelecji na chromosomie 1q32-q4. Niedawno odkryto,że przyczyną VWS jest mutacja czynnika IRF 6, która może prowadzić również do hipodoncji i innych anomalii zębowych. Cel pracy:Celem badania była ocena skuteczności stosowanego protokołu chirurgicznego w leczeniu przetok wargi dolnej u pacjentów z zespołem Van der Woude, na podstawie analizy przypadków operowanych w latach 2009-2022.Metody:Badanie retrospektywne oparte na dokumentacji medycznej obejmowało pacjentów z rozpoznaniem VWS operowanych w jednym ośrodku. Kryteria włączenia obejmowały kliniczne rozpoznanie VWS, wykonanie wszystkich zabiegów chirurgicznych w naszym ośrodku oraz minimum 6-miesięczny okres obserwacji po zabiegu. Zebrano dane dotyczące płci, lokalizacji przetok, rodzaju i rozległości rozszczepu, czasu przeprowadzenia pierwotnych operacji oraz potrzeby wykonania dodatkowych zabiegów korekcyjnych.Wyniki:Analiza objęła 24 pacjentów, z których u 66% przetoki wargi dolnej występowały obustronnie, a u 34% jednostronnie. Pierwotne zabiegi rekonstrukcji rozszczepu przeprowadzono średnio w wieku 8,6 miesiąca, natomiast przetoki wargi dolnej usunięto średnio w wieku 3 lat. Średnia liczba zabiegów pierwotnych, obejmująca rekonstrukcję rozszczepu oraz usunięcie przetok, wyniosła 2,46. U 37,5% pacjentów konieczne były dodatkowe zabiegi korekcyjne ze względu na niesatysfakcjonujące wyniki estetyczne.Wnioski:Chirurgiczne leczenie przetok wargi dolnej u pacjentów z zespołem Van der Woude stanowi istotne wyzwanie z perspektywy uzyskania zadowalających efektów estetycznych. konieczność wtórnych zabiegów korekcyjnych wskazuje na trudności w pełnym zrekonstruowaniu wady .Zastosowanie protokołu jednoetapowego leczenia rozszczepów pozwala jednak na ograniczenie całkowitej liczby interwencji chirurgicznych, co minimalizuje obciążenie pacjentów i potencjalne ryzyko powikłań. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Leczenie chirurgiczne zapalenia płuc i opłucnej u dzieci |
| Autorzy:  | Magdalena Lewandowska, Justyna Kukulska, Paweł Polityło |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzimlewandosia@o2.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  W Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi wprowadzono „Rekomendacje dotyczące leczenia wysięku doopłucnowego u dzieci w przebiegu zapalenia płuc”. Przeanalizowaliśmy przebieg i wyniki leczenia, stosowanie doopłucnowej fibrynolizy, konieczność przeprowadzenia zabiegów chirurgicznych u pacjentów leczonych z powodu zapalenia płuc i opłucnej w okresie od stycznia 2022 do września 2024 roku.W analizowanym okresie czasu leczono 28 dzieci z wysiękiem doopłucnowym w przebiegu zapalenia płuc. Najmłodszy pacjent miał 8 miesięcy, najstarszy 17 lat. U 27 pacjentów pierwotnym leczeniem chirurgicznym był drenaż jamy opłucnowej. 24 dzieci otrzymało doopłucnowe leczenie fibrynolityczne. Nie było żadnych powikłań. Łącznie u 4 pacjentów wykonano VATS: u 3 z powodu niepowodzenia dotychczasowego leczenia, u 1 jako postępowanie pierwotne. Średnia długość pobytu w oddziale chirurgicznym wyniosła 9 dni. 2 pacjentów zostało przeniesionych na OIOM bezpośrednio po założeniu drenu do klatki piersiowej. Wszyscy pacjenci zostali wypisani ze szpitala w dobrym stanie ogólnym: 26 z nich przeniesiono do oddziałów pulmonologii dziecięcej celu dalszej rekonwalescencji, 2 dzieci wypisano bezpośrednio do domu.Podsumowując, w opisanych przypadkach, doopłucnowa fibrynoliza okazała się skuteczną i bezpieczną metodą leczenia, a VATS, umożliwiając wgląd w całą jamę opłucnową- niezawodną i bezpieczną metodą chirurgiczną. Żadne dziecko nie wymagało resekcji tkanki płucnej. Natomiast rekomendacje pozwoliły ujednolicić postępowanie oraz dały możliwość oceny wyników leczenia. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Konieczność przedłużonego drenażu okołonerkowego po operacjach oszczędzających nerkę |
| Autorzy:  | Matuszewska M.M.1, Rapala M.1, Dachowska-Kałwak I.2, Lyzwa M.2, Pietras W.2, Godziński J.1,3 |
| Ośrodek:E-mail: | 1Oddział Chirurgii Dziecięcej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka, Wrocław2 Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny, Wrocław3 Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Wrocławmag.matuszka@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024plakat |  X |
| Streszczenie: | Wprowadzenie i CelChirurgia oszczędzająca nerkę (NSS) u dzieci jest kluczową metodą leczenia guzów nerek, pozwalającą na zachowanie funkcji nerek. Konieczność stosowania drenażu po NSS u dzieci nadal pozostaje kwestią sporną. Celem badania była ocena zasadności stosowania przedłużonego drenażu po NSS u dzieci ze wskazaniami onkologicznymi.MetodyAnaliza retrospektywna objęła 37 pacjentów pediatrycznych (20 dziewczynek, 17 chłopców; wiek: 1 miesiąc do 17,6 lat, mediana=38,7 miesiąca), u których wykonano 40 NSS z powodów onkologicznych w okresie od stycznia 2019 do grudnia 2023 roku. Pacjentów podzielono na trzy grupy w zależności od długości drenażu pooperacyjnego: brak drenażu (11 pacjentów), drenaż krótkoterminowy (≤ 3 dni – 6 pacjentów) i drenaż długoterminowy (> 3 dni – 23 pacjentów).WynikiPorównanie pacjentów bez drenażu lub z drenażem krótkoterminowym oraz pacjentów z drenażem długoterminowym pod kątem przebiegu pooperacyjnego nie wykazało istotnych różnic w analizowanych komplikacjach lub czynnikach, takich jak uszkodzenie moczowodu lub zastosowanie cewnika double-J (p=0,499), otwarcie połączenia moczowodowo-nerkowego (p=0,428), użycie ultradźwiękowego aspiratora chirurgicznego (p=0,999), uszkodzenie dodatkowych naczyń/moczowodów (p=0,999), otwarcie przepony (p=0,999), usunięcie przerzutów do wątroby (p=0,999), utrata krwi powyżej 500 ml (p=0,425), pierwsze i kolejne wejście do jamy brzusznej (p=0,999), wiek w miesiącach (p=0,448) oraz czas hospitalizacji po NSS (p=0,0548).WnioskiNasze wyniki sugerują, że drenaż pooperacyjny może nie być konieczny po NSS u dzieci z powodów onkologicznych. Nie zaobserwowano istotnych różnic w przebiegu pooperacyjnym między pacjentami z różnym czasem trwania drenażu. W związku z tym rutynowe stosowanie drenów może wymagać ponownego rozważenia w celu poprawy komfortu pacjentów. Konieczne są dalsze badania prospektywne, aby potwierdzić te wyniki i opracować wytyczne oparte na dowodach w zakresie stosowania drenażu w NSS u dzieci. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Wstępne wyniki leczenia u pacjentów z blokiem przedwątrobowym operacją typu Meso-Rex Bypass.  |
| Autorzy:  | M.Stefanowicz, A.Kowalski, D.Broniszczak, G.Kowalewski, M.Szymczak, P.Rago, A.Koleśnik, E.Kocot, P.Kaliciński |
| Ośrodek:E-mail: | Instytut-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie,m.stefanowicz@ipczd.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | U pacjentów z blokiem przedwątrobowym spowodowanym zakrzepicą żyły standardem postępowania jest operacja Meso-Rex Bypass (MRB) polegająca na połączenie spływu żyły krezkowej górnej i śledzionowej z lewa gałęzią żyły wrotnej za pomocą wstawki żylnej. Operacja MRB powoduje ustąpienie powikłań spowodowanych blokiem przedwątrobowym. Materiał i metoda: Cel pracy jest prezentacja wstępnych wyników leczenia dziewięciu pacjentów z blokiem przedwątrobowym, u których wykonaliśmy operacje MRB. ). U wszystkich pacjentów wykonano przed operacją tomografię komputerową, w której stwierdzono drożną żyłę krezkowa górną i śledzionową z widocznym połączeniem naczyń oraz retroportografię wsteczną uwidaczniając drożny układ wrotny wewnatrzwątrobowy. Wyniki: Dziewięciu pacjentów w wieku XXX lat z blokiem przedwątrobowym spowodowanym zakrzepicą żyły wrotnej, z powikłaniami nadciśnienia wrotnego (splenomegalia z hipersplenizmem, żylaki przełyku. Jeden pacjent miał nadciśnienie płucne spowodowane. U wszystkich pacjentów wykonano operację MRB z wykorzystaniem wstawki z żyły szyjnej wewnętrznej lewej, bez powikłań śródoperacyjnych. U jednego pacjenta w okresie pooperacyjnym wystąpił chłonkotok, u jednego zakażenie uogólnione. U pięciu pacjentów stwierdzono zwężenie w miejscu zespolenia wstawki, co objawiało się spadkiem liczby płytek krwi oraz przyśpieszeniem przepływu w miejscu zespolenia w badaniu doplerowskim. Po potwierdzeniu obecności zwężenia w tomografii komputerowej wykonano u nich przezskórne rozszerzanie zwężenia z dobrym efektem. U wszystkich pacjentów przepływy przez zespolenia są prawidłowe. U wszystkich pacjentów obserwowano ustąpienie małopłytkowości, u siedmiu zmniejszenie śledziony. Wnioski: 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 oraz stała kontrola radiologiczna pozwalająca na wczesne rozpoznanie zwężeń w miejscu zespolenia. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Procedura SiLaC oraz LEPSIT w leczeniu torbieli pilonidalnych: czego nauczyliśmy się w ciągu 2 lat operacji w Klinice Chirurgii Dziecięcej w Kielcach |
| Autorzy:  | Łukasz Władyszewski, Przemysław Wolak, Maciej Lewandowski, Ilona Piotrowska, Joanna Wróbel, Katarzyna Słowińska, Agata Mikołajczyk, Amelia Wardak |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii w Kielcach |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | x | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  Celem tej prezentacji jest przedstawienie doświadczeń zebranych przez dwa lata w Klinice Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii w Kielcach dotyczących leczenia torbieli włosowej u dzieci techniką z użyciem lasera radialnego (metoda SILAC) oraz z użyciem techniki z użyciem wideoskopu (Laser-assisted PEPSiT) oraz opisanie wskazówek i trików tych technik. Przeprowadziliśmy retrospektywną analizę wszystkich pacjentów operowanych w naszym ośrodku w latach 2022 – 2024. Operowanych pacjentów podzieliliśmy na 2 grupy: operowanych z pomocą lasera radialnego bez użycia technik wideoskopowych oraz operowanych operowanych z pomocą lasera radialnego z zastosowaniem wideoskopii. Obie grupy pacjentów porównaliśmy z podobną grupą pacjentów operowanych w latach 2021-2024 metodą klasyczną poprzez wycięcie i pierwotne zamknięcie rany. W badaniu oceniano wskaźnik powodzenia, czas gojenia, satysfakcję pacjentów, oraz najczęstsze powikłania pooperacyjne w trakcie opieki ambulatoryjnej. W ciągu 2 lat metodą SILAC wykonaliśmy łącznie 18 zabiegów oraz metodą LEPSIT 13 zabiegów. Zebrane przez nas dane podkreślają konieczność stosowania wideoskopii oraz wykazują przewagę technik z użyciem lasera radialnego nad powszechnie stosowaną techniką klasycznego wycięcia torbieli. Mamy nadzieję że przedstawione przez nas wskazówki będą przydatne dla innych Chirurgów Dziecięcych chcących udoskonalić metody leczenia torbieli pilonidalnych, zwiększyć ich skuteczność i poprawić komfort pacjentów |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Zabiegi robotyczne wykonane w Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży GUMed – podsumowanie pierwszych doświadczeń |
| Autorzy:  | Tomasz Witowski, Grzegorz Kawałek, Marcin Łosin, Andrzej Gołębiewski, Piotr Czauderna |
| Ośrodek:E-mail: | Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznegotomek.witowski@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | - | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | + |
| Streszczenie: | Wprowadzenie chirurgii robotycznej do zabiegów operacyjnych pacjentów populacji dorosłej stanowiło istotny przełom dla rozwoju wielu specjalności zabiegowych. W wielu krajach na świecie, również naszym operacje ze wsparciem robota chirurgicznego są lub stają się podstawą leczenia wybranych schorzeń pacjentów dorosłych. Jednakże ze względu na szczególny charakter pacjentów pediatrycznych i ich wymagania, rozwój tej dziedziny zabiegowej w chirurgii dziecięcej jest wolniejszy i mniej zaawansowany. Dzięki zaangażowaniu naszego zespołu, w lutym 2022 roku w Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży GUMed został wykonany pierwszy w Polsce zabieg operacyjny z wykorzystaniem systemu robotycznego u pacjenta pediatrycznego, a bezpośrednio później wykonane zostały kolejne dwa zabiegi. Wykorzystaliśmy wtedy system robotyczny da Vinci, a zabiegi odbyły się przy wsparciu prof. Thomasa Blanc ze Hopitaux de Paris. Do zabiegów zakwalifikowaliśmy dzieci ze wskazań onkologicznych oraz urologicznych. Zabiegi z zakresu chirurgii onkologicznej to kolejno pankreatektomia dystalna u siedemnastolatki z guzem trzonu trzustki oraz adrenalektomia prawostronna z powodu zmiany nadnercza z usunięciem zmiany i wszyciem łaty Gore-Tex w przeponę u niespełna czteroletniej dziewczynki. Zabiegiem urologicznym była pieloplastyka lewostronna u sześciolatki z rozpoznanym wodonerczem. Zabieg najstarszej pacjentki powikłany był niestety zaciekiem soku trzustkowego, które udało się powstrzymać leczeniem zachowawczym, bez konieczności reoperacji.W późniejszym czasie rozpoczęliśmy program leczenia chirurgicznego z zastosowaniem systemu robotycznego Versius w kilku wybranych wskazaniach takich jak wodonercze oraz kamica pęcherzyka żółciowego. System Versius to dostępna również w naszym ośrodku alternatywa dla bardziej znanego systemu da Vinci. Dotychczas przy jego użyciu wykonaliśmy dwie cholecystektomie u pacjentów z kamicą pęcherzyka żółciowego oraz zoperowaliśmy jedenastu pacjentów z rozpoznaniem wodonercza, z czego u ósemki wykonana została plastyka połączenia miedniczkowo-moczowodowego, a u pozostałej trójki przemieszczono naczynia biegunowe nerki (tzw. Vascular hitch) ze względu na ich ucisk na połączenie miedniczkowo-moczowodowe. Z tej grupy dotychczas odnotowaliśmy jedno powikłanie pod postacią nieszczelności zespolenia z zaciekiem moczu, co nastąpiło najpewniej na skutek dysfunkcji pozostawionego cewnika JJ cztery tygodnie od operacji. Dodatkowo z pomocą zespołu chirurgów ogólnych z Opola podjęliśmy się reoperacji szesnastolatka z guzem odbytnicy, u którego niestety ze względu na rozległość procesu nowotworowego należało dokonać konwersji do resekcji brzuszno-kroczowej (operacja Milesa).Dotychczasowe doświadczenia nie pozwalają nam jeszcze na miarodajne porównanie obu systemów, natomiast już na ten momenty wiemy jak niezwykłą precyzję i wgląd w pole operacyjne oferuje ich wykorzystanie oraz możemy wyciągnąć wstępne wnioski jak to, że na potrzeby chirurgii dziecięcej system da Vinci oferuje szerszy zakres narzędziowy. Z wykorzystaniem tych systemów wiążemy duże nadzieje na przyszłość, a możliwość korzystania z obu jednocześnie w jednym ośrodku jest sytuacją wyjątkową na skalę kraju i Europy. |