|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tytuł: | „Co w brzuchu piszczy?” Niespodziewane rozpoznania pooperacyjne po zabiegach z powodu rozpoznanego OZWR. |  |
| Autorzy: | Bartosz Czachowski, Piotr Sujkowski, Anna jażdżewska |  |
| Ośrodek:E-mail: | Wielkopolskie Centrum Pediatrii bartosz.czachowski@gmail.comul. Adama Wrzoska 1 piotr@drsujkowski.pl60-663 Poznań |  |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe7 grudnia 2024doniesienie ustne |
| xStreszczenie: | Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie dwóch rzadko występujących przypadków, u których pooperacyjnie postawiono rozpoznanie choroby Crohna oraz rakowiaka. Obie pacjentki pierwotnie zostały zakwalifikowane do zabiegu operacyjnego z powodu objawów sugerujących ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.Materiały I metody: Opisano dwie pacjentki w wieku 15 oraz 13 lat operowane w 2024 roku w Oddziale Chirurgii Dziecięcej i Leczenia Oparzeń Wielkopolskiego Centrum Pediatrii w Poznaniu. W obu przypadkach wstępnie zdiagnozowano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, a chore zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. W trakcie zabiegu operacyjnego zwrócono uwagę na zmiany, które nie odpowiadały typowej patofizjologii charakterystycznej dla postawionego rozpoznania wstępnego. W obu przypadkach przedoperacyjne objawy kliniczne sugerowały typowy przebieg zapalenia wyrostka, bez wcześniejszych oznak choroby zapalnej lub nowotworowej jelit.Wnioski: Przedstawione przypadki podkreślają znaczenie kompleksowej diagnostyki różnicowej chorób jelit u pacjentów z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego oraz potrzebę czujności chirurgicznej w przypadku napotkania nieoczywistych zmian morfologicznych podczas operacji. Zarówno choroba Crohna jak i rakowiak, mimo nietypowej prezentacji, mogą zostać przypadkowo zdiagnozowane podczas interwencji chirurgicznej, co ma istotne znaczenie dla dalszego postępowania klinicznego i skutecznego leczenia pacjentów. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Fiksacja jajnika u pacjentek z nawrotowym skrętem gonady. Seria przypadków. |
| Autorzy: | Wojciech Gług, Aleksandra Jasińska |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dziecięcej, Urologii Dziecięcej i Pediatrii, Dziecięcy Szpital Kliniczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznegow.k.glug@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: | Wstęp:Skręt jajnika jest jedną z nagłych interwencji w chirurgii dziecięcej i ginekologii. Szacuje się, że częstość występowania choroby wynosi między 4.9-20 przypadków na 100 000 pacjentek pediatrycznych. Skręt jajnika może być związany z obecnością torbieli lub guza przydatków, które należy usunąć w trakcie odkręcenia jajnika lub planowo. U ok. 30% pacjentek nie stwierdza się patologicznych mas w obrębie gonad, incydentalny skręt wiąże się z wyższym ryzykiem nawrotu. Istnieje kilka metod fiksacji jajnika które zapobiegają kolejnym epizodom.Cel pracy:Ocena skuteczności zabiegu fiksacji gonady u pacjentek z nawrotowym skrętem jajnika.Materiał i metodyka:W latach 2023-2024, w Klinice Chirurgii Dziecięcej UCK DSK WUM wykonano 5 zabiegów fiksacji jajnika. Retrospektywnie przeanalizowano dane pacjentek.Wyniki:Kryteriami kwalifikacji był brak ewidentnej przyczyny skrętu – torbieli, guza oraz minimum 2 epizody skrętu jajnika. Zabieg za każdym razem wykonywany był w trybie planowym, w odstępie co najmniej jednego miesiąca od operacji odkręcenia jajnika. Pierwszej pacjentce wykonano trzypunktową fiksację gonady do otrzewnej ściennej. U trzech splikowano więzadło właściwego macicy uzyskując śródoperacyjnie wyraźne zmniejszenie mobilności gonady. Kolejną fiksację przeprowadzono poprzez dwupunktowe przyszycie jajnika do więzadła właściwego i wieszadłowego. Każda operacja została wykonana metodą laparoskopową przy użyciu szwów niewchłanialnych. Pacjentki pozostają pod opieką poradni chirurgicznej oraz ginekologicznej. Okres obserwacji wynosi 5-13 miesięcy. Żadna z pacjentek nie wymagała ponownej interwencji chirurgicznej.Wnioski:1.Fiksacja jajnika jest skuteczną metodą profilaktyki skrętu jajnika niezależnie od metody chirurgicznej.2. Pacjentki były kwalifikowane po 2-4 epizodach skrętu.3.Ufiksowanie gonady w trybie planowym pozwala na wykonanie bezpiecznej i skutecznej operacji. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Zespół pasm owodniowych - zróżnicowany obraz kliniczny - zindywidualizowane leczenie chirurgiczne |
| Autorzy:  | Szymon Grochans, Maximilian Śliwiński, Magdalena Rybarczyk, Ireneusz Walaszek, Kaja Giżewska-Kacprzak |
| Ośrodek:E-mail: | Oddz. Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki, PomorskiUniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1 71-252 Szczecinszymon.grochans@pum.edu.plkaja.gizewska.kacprzak@pum.edu.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: |  Zespół pasm owodniowych (ang. Amniotic Band Syndrome „ABS”) to rzadkie schorzenie (1 : 20 000), które charakteryzuje się występowaniem wrodzonych przewężeń lokalizujących się najczęściej na kończynach. Deformacje, wrodzone amputacje lub krytyczne przewężenia wymagają zastosowania odpowiednio dobranej techniki chirurgii rekonstrukcyjnej w trybie podyktowanym stanem unaczynienia kończyny.   Cel:Przedstawienie wybranych przypadków dotyczących leczenia ABS w Oddziale Klinicznym Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki USK-1, PUM w Szczecinie.Materiał i metody:Dokonano retrospektywnej analizy przebiegu leczenia chirurgicznego dzieci z ABS w latach 2021–2024. Przeprowadzono 19 zabiegów u 7 chłopców i 6 dziewczynek. Średni wiek w momencie operacji wynosił 18 miesięcy, przy czym dla zabiegów pierwotnych średnio 9 miesięcy, w tym najmłodszy pacjent był operowany w 2 dobie życia. Wyniki:W grupie badanej najczęstszą postacią ABS były zmiany dotyczące promieni tj. przewężenia palców, częściowe amputacje, akrosyndaktylie. Ich leczenie obejmuje plastykę płatową skóry (np. Z-plastyka), rozdzielenie palcozrostów, który w ABS dotyczy wyjątkowo strony dystalnej palców - acrosyndaktylia. Zwężenie proksymalne np. podudzia usunięto dedykowaną techniką okrężną z rozległą fasciotomią. U jednego dziecka podejrzenie ABS zostało postawione prenatalnie. Pomimo planu narodzin w naszym ośrodku pacjent został przekazany transportem lotniczym z innego miasta z uwagi na poród przedwczesny. Obecne było krytyczne przewężenie przedramienia z otwartym złamaniem obu kości z narastającym obrzękiem i zaburzeniami ukrwienia oraz otwarte przewężenie kciuka z widocznym zginaczem z amputacją 3 i 4 promienia drugiej dłoni. Ostatecznie wykonano jednoetapowe, okrężne usunięcie przewężenia ratujące kończynę. Pooperacyjnie wdrożono terapię uciskową dla niewydolnego układu limfatycznego oraz indywidualną ortezę do stabilizacji. Wnioski:Przeprowadzona analiza potwierdza skuteczność i bezpieczeństwo stosowanych technik chirurgii ręki w leczeniu zespołu pasm owodniowych. Indywidualne podejście do każdego pacjenta oraz wybranie odpowiedniego momentu interwencji chirurgicznej są kluczowe dla uzyskania optymalnych wyników terapeutycznych. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Zastosowanie płata Martiusa u pacjentki z nawrotową przetoką odbytniczo- pochwową – opis przypadku |
| Autorzy:  | Katarzyna Lipa, Michał Tuchalski, Adam Wilczyński, Kacper Kroczek, Przemysław Gałązka |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dziecięcej; Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczykasialipa96@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: | Wstęp: Nawrotowe przetoki odbytniczo-pochwowe, jako powikłania po leczeniu chirurgicznym, mogą być istotnym problemem klinicznym. Celem pracy jest opis przypadku wykorzystania techniki operacyjnej zamknięcia przetoki odbytniczo-pochwowej z zastosowaniem przesuniętego, uszypułowanego płata tłuszczowo-powięziowego z wargi sromowej większej (płata Martiusa). Opis przypadku: Pacjentka 5-letnia, dotychczas pod opieką innego ośrodka, z rozpoznaną w 2 m.ż. przetoką okołoodbytniczą penetrującą do wargi sromowej lewej z miejscowym stanem zapalnym. Wobec nieskuteczności leczenia miejscowego wyłoniono kolostomię. Po wygojeniu i poprawie miejscowej, w 11 m.ż. odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego. W 3 r.ż. wystąpił nawrót przetoki odbytniczo-pochwowej leczony miejscowo, natomiast w 4 r.ż. z uwagi na kolejny nawrót wykonano zabieg usunięcia przetoki z rekonstrukcją miejscową. Po miesiącu od zabiegu ponownie stwierdzono aktywność przetoki z wydzielaniem stolca przez pochwę. Po przekazaniu pacjentki do Kliniki Chirurgii Dziecięcej szczegółowo oceniono okolicę krocza w znieczuleniu ogólnym oraz z wykorzystaniem elektrostymulacji. Stwierdzono przednie przemieszczenie odbytu bez zwężenia, prawidłowo zlokalizowane w kompleksie zwieraczowym, częściowe uszkodzenie aktywności zwieracza na ścianie przedniej oraz potwierdzono obecność aktywnej przetoki. Po wyłonieniu protekcyjnej kolostomii przeprowadzono diagnostykę gastroenterologiczną – wykluczono chorobę Leśniowskiego-Crohna. Zdecydowano o kontynuacji systemowego i miejscowego leczenia przeciwzapalnego - mesalazyną. W wykonanym MRI jamy brzusznej i miednicy opisano obecność zmian włóknistych wokół odbytu po stronie lewej. W trakcie definitywnego leczenia operacyjnego usunięto kanał przetoki w całości, zamknięto ścianę pochwy oraz zaopatrzono ubytek w ścianie odbytnicy. Z uwagi na ocenę stanu miejscowego tkanek oraz istotne ryzyko nawrotu przetoki zdecydowano o wykorzystaniu do rekonstrukcji uszypułowanego płata tłuszczowo-powięziowego (płat Martiusa) z prawej wargi sromowej większej. W trakcie zabiegu dodatkowo wzmocniono ścieńczały, częściowo uszkodzony zwieracz zewnętrzny odbytu. Przebieg gojenia w okresie pooperacyjnym był niepowikłany, uzyskano zadowalający efekt kosmetyczny. W chwili obecnej pacjentka oczekuje na kolejny etap leczenie chirurgicznego – odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego.Wnioski: W opisanym przypadku, do rekonstrukcji nawrotowej przetoki odbytniczo-pochwowej wykorzystano unaczyniony płat tkanki tłuszczowej z wargi sromowej większej (wg Martiusa), który dodatkowo oddziela pochwę od odbytnicy. Na podstawie oceny własnej oraz danych z literatury wydaje się, że jest to metoda pozwalająca na skuteczne i definitywne leczenie nawrotowych przetok odbytniczo-pochwowych u wybranych pacjentek.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Torakoskopowa biopsja zmiany w klatce piersiowej – standardowa procedura, niestandardowe zakończenie.  |
| Autorzy:  | Karolina Michalik-Jarczyńska, Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Przemysław Mańkowski |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu chirurgia@skp.ump.edu.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  X |
| Streszczenie: | Wstęp: Chirurgiczna biopsja nowo rozpoznanych zmian u pacjentów z chorobą nowotworową w wywiadzie pełni kluczową rolę we wczesnym rozpoznaniu wznowy oraz włączeniu leczenia. Poniższy przypadek dotyczy Pacjenta po zakończonym leczeniu zwojaka zarodkowego, który został zakwalifikowany do biopsji podejrzanej zmiany w klatce piersiowej metodą torakoskopową. Opis przypadku: Pacjent 14-letni, w przeszłości leczony z powodu zwojaka zarodkowego lewego nadnercza z przerzutami, został przyjęty w celu biopsji zmiany w klatce piersiowej. Zmiana zaobserwowana w kontrolnym badaniu tomografii komputerowej klatki piersiowej o wielkości 7x4 mm z nieregularnym zarysem, nieobecna w poprzednim badaniu. Pacjent zakwalifikowany do biopsji zmiany metodą torakoskopową decyzją konsylium chirurgiczno-onkologicznego. Wykonano torakoskopię przezopłucnową, która nie uwidoczniła zmiany w obrębie puca lewego. W opisywanej lokalizacji uwidoczniono zmianę wychodzącą z V żebra, bez łączności z płucem lewym, przypominającą wyrośl kostną. Podjęto próbę wykonania biopsji wycinającej zmiany za pomocą elektrokoagulacji, jednak ze względu na charakter zmiany nie było to możliwe. W miejscu jednego z trokarów wprowadzono do klatki piersiowej dłuto, a następnie pod kontrolą wideoskopii usunięto zmianę i przekazano do badania histopatologicznego. Pacjenta wypisano do domu w 3. dobie po zabiegu w stanie ogólnym dobrym. Wynik badania histopatologicznego wykazał zmianę łagodną wywodzącą się z tkanki chrzęstnej. Wnioski: Torakoskopia przezopłucnowa jest efektywną, mało inwazyjną metodą umożliwiająca biopsję zmian w obrębie klatki piersiowej. Pacjenci, którzy w przeszłości leczeni byli z powodu zwojaka zarodkowego wymagają stałych, okresowych kontroli, a w przypadku wystąpienia zmian podejrzanych o wznowę kluczowa dla ustalenia właściwej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej jest współpraca onkologa dziecięcego oraz chirurga dziecięcego.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Przerostowe zwężenie odźwiernika u pacjentów po operacji atrezji przełyku typu C (wg Grossa) – opis dwóch przypadków |
| Autorzy:  | Dawid Müller, Klaudia Żak, Ewa Sawicka |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, Warszawadawmuller@imid.med.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  X |
| Streszczenie: | Celem pracy jest zaprezentowanie dwóch przypadków dzieci urodzonych z atrezją przełyku, u których w krótkim czasie po operacji rozpoznano przerostowe zwężenie odźwiernika.Przedstawiono dwa przypadki noworodków operowanych z powodu wrodzonej niedrożności przełyku z przetoką dolną, u których w okresie 5 - 13 tygodni po operacji obserwowano wymioty, niedostateczny przyrost masy ciała oraz zaburzenia połykania – interpretowane jako pooperacyjne zwężenie przełyku. U pacjentów rozpoznano przerostowe zwężenie odźwiernika oraz leczono chirurgiczne.Oba przypadki wskazują jak ważne jest uwzględnienie w diagnostyce różnicowej u pacjentów po operacji atrezji przełyku, u których występują zaburzenia połykania, innych wrodzonych patologii przewodu pokarmowego takich jak przerostowe zwężenie odźwiernika |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Niedrożność przewodu pokarmowego u 14 letniego chłopca z zespołem Peutza - Jeghersa. |
| Autorzy:  | Oleksii Pohrebniak, Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz, Oleksandra Skliarova, Przemysław Mańkowski. |
| Ośrodek:E-mail: | Katedra i Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. K.Marcinkowskiego w Poznaniuchirurgia@skp.ump.edu.pl alexpgb95@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: | Do możliwych obrazów klinicznych zespołu Peutza - Jeghersa ze strony przewodu pokarmowego należą: ból brzucha, krwawienie z przewodu pokarmowego, niedrożność przewodu pokarmowego spowodowaną wgłobieniem jelita, charakterystyczna pigmentacja skóry i błon śluzowych – plamy soczewitowate. Celem prezentacji było przedstawienie przypadku klinicznego pacjenta z zespołem Peutza – Jeghersa, który zaprezentował jako pierwszy objaw choroby – niedrożność przewodu pokarmowego. 14-letni chłopiec został przyjęty do Kliniki z powodu epizodu silnego bólu brzucha od godz. porannych, bez innych dolegliwości. Wywiad bez obciążeń. Podczas przyjęcia brzuch miękki, nie wzdęty, bolesny poniżej pępka, w tej okolice podczas palpacji brzucha wyczuwalny guz, bez objawów otrzewnowych, z pojedynczą perystaltyką. W badaniach krwi wykryto leukocytozę i hiperpotasemię. W badaniu USG brzucha - głównie na poziomie śród- i podbrzusza widoczne rozległe wgłobienie jelita cienkiego w cienkie śr. ok. 4,0 cm rozciągające się od prawego śródbrzusza do lewych kwadrantów jamy brzusznej. Obraz kliniczny wskazywał na niedrożność przewodu pokarmowego i wymagał w trybie pilnym zabiegu operacyjnego. Podczas laparotomii pośrodkowej stwierdzono rozdęte pętle jelita cienkiego oraz wgłobienie na poziomie jelita czczego. Po odgłobieniu jelita stwierdzono martwicę ściany oraz olbrzymi polip hamartomatyczny. Wykonano resekcję jelita cienkiego około 50cm wraz z polipem, w badaniu hist-pat( fragment jelita cienkiego o zachowanej architektonice z obecnością zmian krwotocznych i aktywnym naciekiem zapalnym oraz ogniskami martwicy, obejmującymi głównie błonę śluzową. Ponadto w ścianie jelita obecny polip typu Pentza-Jeghersa.). Wnioski: Jedną z możliwych przyczyn niedrożności może być wgłobienie jelita na polipie. Szczególna diagnostyka prowadzi do zdiagnozowania rzadkich chorób genetycznych.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Wykorzystanie laparoskopii w diagnostyce i leczeniu jąder zanikowych. |
| Autorzy:  | Monika Szelemetko, Maamon Jaradat, Andrzej Kowal, Diyaa Alhashlamoun, Ewa Sawicka |
| Ośrodek:E-mail: | Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: | Wnętrostwo jest jedną z najczęstszych wad wrodzonych u chłopców. Częstość występowania różni się w zależności od wieku ciążowego i wynosi 1-4,6% dla noworodków donoszonych oraz 1-45% dla wcześniaków. Najbardziej użytecznym podziałem jest podział na jądra badalne i niebadalne, gdzie około 80% stanowią jądra badalne. Rozpoznanie jądra badalnego lub niebadalnego musi być zawsze potwierdzone na bloku operacyjnym po znieczuleniu ogólnym pacjenta a przed rozpoczęciem procedury chirurgicznej. Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie postępowania diagnostyczno-leczniczego pacjentów z wnętrostwem jednostronnym, z wyczuwalną palpacyjnie strukturą w kanale pachwinowym, u których po operacyjnym usunięciu elementów przypominających jądro szczątkowe w badaniu histopatologicznym nie stwierdzono stuktur gonady. Materiał, metoda i wyniki: W Klinice Chirurgii Dzieci i Młodzieży IMiD w latach 2023-2024 operowano 231 chłopców z powodu wnętrostwa. U 22 z nich z przedoperacyjnym podejrzeniem jądra zanikowego w badaniu wyczuwano niewielką strukturę w kanale pachwinowym, którą opisywano również w badaniu USG. Operację rewizji kanału pachwinowego wykonywano w 1. roku życia. Podczas operacji znajdowano struktury szczątkowe przypominające budową jądro, jednak u 11 pacjentów w wynikach badania histopatologicznego pobranego materiału nie znajdowano elementów utkania gonady. Kolejnym krokiem była laparoskopia zwiadowcza, tam uwidaczniano jedynie zanikowe naczynia oraz nasieniowód, bez struktur jądra. Po wykonanych operacjach nie odnotowano powikłań. Wszyscy pacjenci po operacji kierowani byli do Poradni Endokrynologicznej celem kontrolowania funkcji drugiego jądra. Wnioski: U części pacjentów pomimo przedoperacyjnie wyczuwalnych w kanale pachwinowym struktur szczątkowych, stwierdzanych również w czasie operacji, nie udaje się znaleźć struktur jądra. Po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego, w którym nie znaleziono utkania jądra, wskazana jest laparoskopia zwiadowcza celem wykluczenia występowania jądra brzusznego.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Laparoskopia w ostrych chorobach jamy brzusznej u dzieci |
| Autorzy:  | Paulina Tkaczuk-Pałka, Magdalena Lewandowska, Paweł Polityło |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi polatkaczuk@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: | Wprowadzenie małoinwazyjnych technik do chirurgii dziecięcej umożliwiło skuteczne i mniej obciążające dla pacjenta leczenie schorzeń ostrych, takich jak zapalenie wyrostka robaczkowego, podejrzenie skrętu jajnika, niedrożność i perforacja przewodu pokarmowego. Standardem jest wykorzystanie laparoskopii w dwóch pierwszych przypadkach, niemniej, w dwóch kolejnych również znalazła zastosowanie. Niniejsza praca analizuje zastosowanie chirurgii małoinwazyjnej w trybie ostrodyżurowym u dzieci hospitalizowanych w Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach okresie od stycznia 2022 do października 2024. W przedstawianej pracy dokonaliśmy przeglądu naszych doświadczeń, skupiając się na ocenie skuteczności i bezpieczeństwa operacji. Laparoskopowo operowaliśmy pacjentów z zapaleniem wyrostka robaczkowego, z podejrzeniem krwawienia z uchyłka Meckela, dziewczynki z podejrzeniem skrętu jajnika oraz dzieci z objawami niedrożności i perforacji przewodu pokarmowego. Z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego laparoskopowo operowano 315 pacjentów, metodą klasyczną zoperowano 14 dzieci. Laparoskopię wykonano we wszystkich przypadkach krwawienia z przewodu pokarmowego z podejrzeniem uchyłka Meckela, resekując uchyłek u 4 pacjentów. U wszystkich 12 dziewczynek z podejrzeniem skrętu jajnika przeprowadzono diagnostyczną laparoskopię, potwierdzając skręt gonady w 9 przypadkach. 13 dzieci, w wieku od 3 do 17 lat, zakwalifikowano do laparoskopii z powodu niedrożności przewodu pokarmowego: u 11 uwolniono zrosty, w 2 przypadkach odprowadzono skręt krezki jelita, w 2 – wykluczono niedrożność mechaniczną. Nie było śródoperacyjnych powikłań, konwersję wykonano u 4 pacjentów, 1 chłopiec wymagał reoperacji z powodu ponownego skrętu krezki jelita. Do operacji otwartej, w analizowanym okresie, zakwalifikowano 5 dzieci. Z powodu perforacji przewodu pokarmowego laparoskopię wykonano u 2 pacjentów: u pierwszego zaopatrzono perforację opuszki dwunastnicy, u drugiego- perforację żołądka. Pierwszy chłopiec wymagał przedłużonego drenażu jamy brzusznej, poza tym nie było pooperacyjnych powikłań. Podsumowując, w analizowanej grupie pacjentów, laparoskopia okazała się skuteczną metodą diagnostyczną i leczniczą. Pozwoliła bezpiecznie zaopatrzyć chirurgicznie dzieci z niedrożnością oraz perforacją przewodu pokarmowego. Jednocześnie jako technika małoinwazyjna umożliwiła szybki powrót pacjentów do normalnej aktywności. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Robotyczna rekonstrukcja dna miednicy w odległym powikłaniu choroby Hirschsprunga - opis przypadku. |
| Autorzy:  | Karolina Tokarska, Joanna Godlewska, Bartosz Bogusz, Małgorzata Smolec – Zamora, Wojciech Górecki |
| Ośrodek:E-mail: | Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Instytut Pediatrii,Klinika Chirurgii Dziecięcej.Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Oddział Chirurgii Dziecięcejktokarska@usdk.plktokarska@usdk.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Leczenie operacyjne choroby Hirschsprunga może wiązać się z występowaniem odległych powikłań. Do najczęstszych problemów należą trudności z pełną kontrolą nad wypróżnieniami, co znacząco wpływa na jakość życia pacjentów w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego, w tym obniżonej samooceny i ograniczeń w aktywnościach społecznych. Celem pracy jest prezentacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w odległych powikłaniach pooperacyjnych u 7 letniej dziewczynki, pierwotnie operowanej radykalnie z powodu choroby Hirschsprunga metodą TEPT w 5 tygodniu życia. Pacjentka prezentowała nawracające problemy z oddawaniem stolca, częste brudzenie bielizny, moczenie nocne, brak rozróżniania gazów i stolca w bańce odbytnicy. Wykluczono brudzenia z przepełnienia. Diagnostyka obejmująca manometrię, wlew kontrastowy, defekografię i kolonoskopię wykazała okresowe wgłabianie się neorectum oraz obecność sigmoidocele w przestrzeni przedkrzyżowej. Pacjentkę zakwalifikowano do rewizji miednicy małej z uwolnieniem zrostów i fiksacją neorectum. Z uwagi na konieczność operacji w wąskiej przestrzeni miednicy małej zaproponowano procedurę robotyczną. Śródoperacyjnie potwierdzono wpuklanie się pętli esicy do miednicy mniejszej. Wykonano rekonstrukcję dna miednicy z doszyciem otrzewnej bocznych ścian miednicy do neorectum. Wykonano trzypiętrowe mocowanie neorectum i esicy do przedniej powierzchni kości krzyżowej. Przebieg około- oraz pooperacyjny był niepowikłany. Półroczna obserwacja potwierdza ustabilizowanie rytmu wypróżnień, obecnie pacjentka oddaje jeden stolec dziennie, epizody pobrudzenia zdarzają się coraz rzadziej (1 na tydzień), mniejszą ilością niż wcześniej.Chirurgia robotyczna stanowi skuteczną metodę leczenia również w odległych powikłania choroby Hirschsprunga, pozwalając na znaczącą poprawę jakości życia.  |