|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Wyzwania diagnostyczno-terapeutyczne u pacjenta z zespołem Berdona – studium przypadku |
| Autorzy:  | Ewa Bućko, Dajana Danielewicz, Malgorzata Rzanny-Owczarzak, Przemyslaw Mańkowski |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej w Poznaniu, Szpital Uniwersytecki im. K Jonschera w Poznaniuchirurgia@skp.ump.edu.pl e.bucko37@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024 |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024 | x |
| Streszczenie: | Cel: Zespół Berdona (Megacystis-Microcolon-Intestinal Hipoperystalsis Syndrome; MMIHS) to rzadkie schorzenie genetyczne występujące głównie u chorych płci żeńskiej. Objawia się zaburzeniami motoryki jelit, hipolazką jelita grubego oraz olbrzymim pęcherzem moczowym bez przeszkody podpęcherzowej. Dokładna etiologia zespołu jest nieznana. Choroba stanowi wyzwanie zarówno dla chirurgów, jak i pediatrów ze względu na rzadkie występowanie i w dużej mierze nieskuteczne metody leczenia.Prezentacja przypadku: Pacjentka urodziła się w 35. tygodniu ciąży przez cesarskie cięcie, z m. ciała 2530 g. Prenatalnie zdiagnozowano u niej masę guzowatą położoną w jamie brzusznej i miednicy. W postnatalnym badaniu USG nie uwidoczniono ww masy - radiolog zauważył jedynie powiększony pęcherz. Badanie było utrudnione ze względu na zwiększoną obecność powietrza w jelitach. Ponadto u pacjentki nie udało się wprowadzić karmienia doustnego.W pierwszym tygodniu życia wykonano NMR, który uwidocznił powiększony pęcherz, lewy moczowód i miedniczkę nerkową. Uwidoczniono również poszerzone jelito cienkie wypełnione powietrzem. Badanie kontrastowe wykazało dużą ilość smółki w jelitach na podstawie czego wysunięto podejrzenie niedrożności motorycznej jelita cienkiego.Wprowadzono cewnik Foleya, stabilizując diurezę i normalizując wielkość dróg moczowych. Ze względu na brak poprawy perystaltyki jelit wprowadzono żywienie dożylne. Założono cewnik Broviaca celem prowadzenia długotrwałego żywienia dożylnego, a także wykonano gastrostomię w celu dekompresji przewodu pokarmowego.Wnioski: Zespół Berdona jest problemem wielodyscyplinarnym, wymagającym współpracy różnych zespołów specjalistycznych. Rokowanie jest niekorzystne, jednak wraz z rozwojem całkowitego żywienia pozajelitowego i profilaktyki urologicznej ulega poprawie. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł:** | Fasciektomia w leczeniu eozynofilowego zapalenie powięzi |
| **Autorzy:**  | A.Daban, I. Pudlo. S.Paradowski, N.Kacperski, K.Jachimiak, K.Roguska, W.Hertman |
| **Ośrodek:****E-mail:** | Oddział Chirurgii Dziecięcej, Ortopedii i Urologii z Pododdziałem Centrum Leczenia Oparzeń w SzczecinieAhmed.daban@gmail.com |
| **XXI Sympozjum Interdyscyplinarne** **6 grudnia 2024****doniesienie ustne** |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024**doniesienie ustne** | x |
| **Streszczenie:** |  Eozynofilowe zapalenie powięzi jest rzadką chorobą zapalną związaną z obwodową eozynofilią, nadmierną gammaglobulinemią i przykurczami dowolnego stawu. Jej patogeneza jest słabo poznana. Leczenie polega głównie na podaniu glikokortykoidów. Chociaż większość pacjentów wykazuje częściową lub całkowitą odpowiedź na glikokortykosteroidy, u wielu objawy choroby nawracają po odstawieniu leku. Lekami drugiego rzutu są głównie metotreksat (MTX), azatiopryna, cyklosporyna i hydroksychlorochina W tym przypadku przedstawiamy 16-letnią dziewczynkę, która była leczona doustnie prednizolonem i metotreksatem, co nie przyniosło skutku. Następnie została przeprowadzona fasciektomia, po której zastosowano leczenie biologiczne rytuksymabem i dożylnymi immunoglobulinami. Chociaż pacjentka wymagała drugiej operacji z powodu nawrotu choroby, odzyskała zakres ruchu dotkniętych stawów kilka tygodni po zabiegu. W niniejszym opracowaniu omówiono skuteczność chirurgicznego leczenia eozynofilowego zapalenia powięzi jako metody szybkiego łagodzenia objawów, umożliwiającego pacjentom szybsze wznowienie codziennych czynności. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Zespół ucisku tętnicy krezkowej górnej i zespół ucisku pnia trzewnego - (nie)typowe case study |
| Autorzy:  | W.Lotkowska, P. Czauderna, A. Gołębiewski, M. Łosin |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży UCK w Gdańsku lotkowskaweronika@uck.gda.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  X  |
| Streszczenie: |  W świecie chirurgii charakteryzujemy się na co dzień konkretnym podejściem  - jest guz, usuwamy guz. Natychmiastowy efekt naszego działania w postaci usunięcia czegoś patologicznego skutkuje obiektywnie potwierdzonym badaniami wyleczeniem, poprawą stanu klinicznego pacjenta, ustąpieniem dolegliwości powodowanych przez daną jednostkę chorobową. Ścieżka diagnostyki i leczenia jest również dość typowa. W przypadku wyżej wymienionych jednostek chorobowych, zespołów ucisku na duże naczynia, mamy sytuację co najmniej nietypową - po pierwsze zawiłą ścieżkę diagnostyki i postawienia rozpoznania. Po drugie wynikający z tego charakterystyczny rys psychologiczny pacjenta - to dzieci z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, bez uchwytnego punktu wyjścia, często przez lata próbujące przekonać rodziców i lekarzy, ze naprawdę odczuwają dyskomfort. Po trzecie - czy da się obiektywnie ocenić efekt podjętego już leczenia zabiegowego? Czy pacjent przyzwyczajony do odczuwania przewlekłego bólu będzie umiał odróżnić, że „skończył” się jeden jego rodzaj i jak szybko odczuje realną poprawę? Jak ją oceniać biorąc pod uwagę, ze w tym przypadku decydują głównie odczucia pacjenta, a nie badania obrazowe czy wyniki laboratoryjne. Dołóżmy do wyżej wymienionych pytań również zapytanie „jak?” odnoszące się do naszego chirurgicznego, technicznego punktu widzenia - bardzo niewielka baza pacjentów z takim rozpoznaniem, konieczność preparowania w okolicy dużych naczyń jamy brzusznej oraz propagowanie podejścia małoinwazyjnego stwarza niemałe i bardzo ciekawe wyzwanie dla nas, chirurgów. Wszystkie powyższe aspekty postaramy się rozważyć w poniższej pracy na podstawie przypadku dwóch pacjentek operowanych w Klinice Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży UCK w Gdańsku w roku 2024.   |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Co może zaskoczyć w chirurgii noworodka? Seria case reports. |
| Autorzy:  | Piotrowicz Wojciech[1], Rzanny-Owczarzak Małgorzata[1], Becela Piotr[1], Mazela Jan[2], Sosnowska-Sienkiewicz Patrycja[1], Mańkowski Przemysław[1] |
| Ośrodek:E-mail: | 1. Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniusekretchir@skp.ump.edu.pl2. I Klinika Neonatologii UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: | Chirurgia noworodka to wyspecjalizowana dziedzina chirurgii skupiona na operacjach u pacjentów do 28. doby życia w przypadku noworodków donoszonych oraz starszych w przypadku wcześniaków.Pacjenci ci różnią się od starszych dzieci w wielu aspektach m. in. fizjologii, metabolizmu, rozmiarów narządów. Wszystko to powoduje konieczność odpowiedniego dostosowania postępowania chirurgicznego. Operacje u noworodków często dotyczą wad wrodzonych, które nieleczone w pierwszych dobach, a nawet godzinach życia i stanowią stany bezpośredniego zagrożenia życia. Pomimo coraz lepiej zdefiniowanych standardów postępowania, chirurg dziecięcy w codziennej pracy wciąż napotyka na sytuacje, które wykraczają poza dotychczasową wiedzę i ustalone schematy postepowania.Celem pracy jest przedstawienie 3 interesujących przypadków klinicznych noworodków leczonych przez zespół lekarzy z naszej Kliniki.Pierwszy opisany pacjent, wcześniak urodzony w 35 t.c., płci żeńskiej, był obserwowany z powodu wykrytej prenatalnie, powiększającej się zmiany torbielowatej w jamie brzusznej po stronie prawej oraz narastającej niewydolności oddechowej po porodzie. W USG wykryto zmianę cystyczną o wymiarach do 11cm, wypełniającą niemal całą jamę brzuszną, uciskającą na przeponę. Zastosowane leczenie zabiegowe polegało na przezskórnym nakłuciu zmiany za pomocą zestawu typu Cystofix, z pozostawieniem cewnika przez kilka dni. Od 7 miesięcy dziecko kontrolowane ambulatoryjnie, bez cech wznowy.Drugi leczony przez nas pacjent to noworodek z wielowadziem, m. in. wrodzoną dużą przepukliną pępowinową leczoną dwuetapowo. W 1. dobie życia wykonano wszycie worka SILO, a w 9. dobie życia warstwowe odtworzenie powłok jamy brzusznej. Od początku uwagę zwracało, poza niedokonanym zwrotem jelita środkowego, powiększenie wątroby i jej nietypowej ułożenie. Po kilkunastu dniach od drugiego zabiegu pacjentka rozwinęła objawy niedrożności przewodu pokarmowego. Wykonane badania kontrastowe pokazały końcowy odcinek jelita grubego oraz masywnie refluksujący żołądek. Podczas zwiadowczej laparotomii stwierdzono ucisk więzadła wątrobowego na odźwiernik i dwunastnicę, masywne zrosty, zadzierzgnięcie jelita czczego wokół krótkiego wspólnego korzenia krezki oraz zarośnięcie jelita krętego tuż przed zastawką Bauhina.Trzeci pacjent to noworodek płci żeńskiej z wrodzoną prawostronną przepukliną przeponową, zaopatrzoną za pomocą 2 łat: goreteksowej i dakronowo-welurowej. Wiele miesięcy po operacji doszło do wydalenia łat drogą przewodu pokarmowego ze stolcem.Podsumowując, chirurgia noworodka mimo wielu lat doświadczenia potrafi zaskoczyć lekarza operującego. Niezmiennie ważna pozostaje współpraca wielospecjalistyczna oraz stałe poszerzanie swojej wiedzy o aktualne standardy postępowania. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Ostry brzuch u noworodka z podejrzeniem pękniętego guza wątroby – opis przypadku |
| Autorzy:  | Małgorzata Rzanny-Owczarzak, Patrycja Sosnowska-Sienkiewicz |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu chirurgia@skp.ump.edu.pl malgorzata.rzanny@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: | Cel: Wrodzone guzy jamy brzusznej są rzadką patologią, a częstość ich występowania wynosi od 2 do 14 noworodków na 100 000 żywych urodzeń. Większość z nich rozpoznaje się w trakcie rutynowego USG prenatalnego. Najczęstszymi guzami wrodzonymi są potworniaki; nowotwory nerek czy wątroby są rozpoznawane dużo rzadziej. Celem pracy było przedstawienie noworodka ze zmianą guzowatą jamy brzusznej o niejasnym charakterze. Przypadek kliniczny: Noworodek płci żeńskiej, urodzony z CIIPII, siłami natury w 37 tc. z masą ciała 2750 g. został przekazany do Kliniki Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej UM w Poznaniu z powodu podejrzenia pęknięcia wrodzonego guza wątroby. Stan dziecka bezpośrednio po porodzie oceniony był jako średni: dziewczynka urodziła się w umiarkowanej zamartwicy, miała wzdęty, twardy brzuch i zaznaczony wysiłek oddechowy. W USG uwidoczniono ogniskową zmianę w prawym płacie wątroby oraz znaczną ilość gęstego płynu w jamie otrzewnej. W RTG jamy brzusznej nie stwierdzono perforacji, obecna była wyłącznie pojedyncza bańka powietrza w żołądku. Po konsultacji chirurgicznej pacjenta skierowano do naszej Kliniki Chirurgii w Poznaniu celem dalszego leczenia. Ze względu na ucisk brzucha na klatkę piersiową i desaturacje pacjenta zaintubowano. Przy przyjęciu stan dziecka był ciężki, na pierwszy plan wysuwały się objawy ostrego brzucha. W USG oprócz dużej ilości płynu i podejrzenia zmiany ogniskowej wątroby w brzuchu dodatkowo widoczne były uciśnięte płynem jelita bez perystaltyki ze słabo rejestrowalnym przepływem naczyniowym. Wykonano pilne KT jamy brzusznej, w którym na granicy segmentu V oraz VI wątroby opisano obszar nieulegający wzmocnieniu o orientacyjnych wymiarach 23 x 4 mm mogący odpowiadać szczelinie pęknięcia wątroby. Dodatkowo, przy powierzchni trzewnej segmentu VI wątroby obszar o wymiarach 33 x 34 x 34 mm ulegający niewielkiemu wzmocnieniu mogący odpowiadać częściowo zorganizowanemu krwiakowi, znaczną ilość płynu (prawdopodobnie krwi) w jamie otrzewnowej modelującego narządy w jamie brzusznej. Pacjenta zakwalifikowano do pilnej laparotomii. Śródoperacyjnie stwierdzono pęknięcie wątroby, które zaopatrzono oraz skręt jelita (najpewniej wewnątrzpłodowy). Martwiczy fragment jelita cienkiego, który podklejony był pod prawym płatem wątroby resekowano oraz wyłoniono końcową przetokę na jelicie krętym.Wnioski: Wady wrodzone jelita lokalizujące się blisko wątroby mogą w badaniach obrazowych przypominać wrodzone zmiany rozrostowe. Podstawą kwalifikacji do operacji w przypadku noworodka z objawami ostrego brzucha jest badanie podmiotowe i przedmiotowe, a nie badania obrazowe.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Mikrochirurgiczna warikocelektomia jako alternatywa do laparoskopowego zamknięcia naczyń jądrowych. |
| Autorzy:  | Eva Semaškevič, Bartosz Gawliński, Iryna Kolosova, Piotr Taborowski |
| Ośrodek:E-mail: | Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Elblągu, Oddział Chirurgii Dziecięcej |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024 |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | x |
| Streszczenie: |  Wstęp: Żylaki powrózka nasiennego są powszechną jednostką chorobową u młodocianych, jej częstość wynosi ok 10-20%. Obecnie leczeniem z wyboru jest laparoskopowe wysokie zamknięcie naczyń jądrowych. Poddaliśmy ocenie mikrochirurgiczną warikocelektomię jako metodę z niskim odsetkiem powikłań.Celem niniejszej pracy jest ocena wyników leczenia żylaków powrózka nasiennego metodą mikrochirurgiczną z dostępu podpachwinowego.Materiał i metody: przeprowadziliśmy retrospektywną analizę danych 13 pacjentów w wieku 12-17 (średnia wieku 14,4) z żylakami powrózka nasiennego III stopnia wg skali Dubin i Amelar w okresie 2-letnim (2022-2023) operowanych metodą mikrochirurgiczną.Wyniki: Poddano ocenie odsetek powikłań z badanej grupy pacjentów. Stwierdzono częstość występowania pooperacyjnego wodniaka jądra na poziomie 0% (0 pacjentów), nawrót żylaków powrózka nasiennego na poziomie 0% (0 pacjentów), zanik jądra na poziomie 0% ( 0 pacjentów) oraz utrzymujące się dolegliwości bólowe podczas wysiłku na poziomie 7% (1 pacjent).Wnioski:1. Stwierdzono, że metoda mikrochirurgiczna ma niski odsetek powikłań pooperacyjnych,w tym tworzenia się wodniaka jądra i nawrotu żylaków powrózka nasiennego.2. Metoda operacyjna pozwala na zaoszczędzenie tętnicy jądrowej oraz naczyń limfatycznych3. Zaletą metody mikrochirurgicznej również wydaje się być brak konieczności dostępu przezotrzewnowego, dobry dostęp do struktur powrózka nasiennego oraz niewielka rana pooperacyjna.  |

# to

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Wykorzystanie termoablacji mikrofalowej w leczeniu guzów wątroby u dzieci – prezentacja 2 przypadków |
| Autorzy:  | M.Skwarek, M.Panek, | A.Kowalski, | P. Kaliciński |
| Ośrodek:E-mail: | Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządówm.skwarek@ipczd.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne | X | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  X |
| Streszczenie: | Wstęp: Termoablacja mikrofalowa polega na wykorzystaniu mikrofalowej energii elektromagnetycznej w leczeniu guzów narządów miąższowych, w tym wątroby. Najczęściej wykorzystywana jest w leczeniu guzów pierwotnych lub przerzutowych o niekorzystnej lokalizacji. Cel pracy: Celem pracy jest prezentacja dwóch przypadków wykorzystania termoablacji mikrofalowej u dzieci z dużymi guzami wątroby o charakterze FNH. Materiał i metoda: W roku 2024 wykonaliśmy mikrofalową termoblację guzów wątroby u 2 pacjentów w wieku 17 i 13 lat. W obu przypadkach guzy zlokalizowane były w prawym płacie wątroby. U pacjentów pierwotnie wykonywano zabiegi przeznaczyniowej embolizacji z wykorzystaniem mikrosfer bez efektu. Mikrofalową termoablację przeprowadzono pod kontrolą laparoskopii, stosując kilka nakłuć guza. Śródoperacyjnie obserwowano zniszczenie tkanki guza. Czas hospitalizacji pooperacyjnej wynosił 2 i 7 dni.Wyniki: U żadnego pacjenta nie wystąpiły powikłania wczesne. W kontrolnych badaniach obrazowych stwierdzono istotne zmniejszenie wymiarów guza u pierwszego pacjenta. U drugiego pacjenta konieczny okres obserwacji jest zbyt krótki. Czas obserwacji wynosi 1-6 miesięcy. Wnioski: Termoablacja mikrofalowa jest skuteczną techniką leczenia FNH u dzieci. Zastosowanie asysty laparoskopowej zwiększa bezpieczeństwo metody. Celem oceny odległych wyników leczenia konieczna jest dalsza obserwacja większej grupy pacjentów.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Zespół realimentacyjny jako wyzwanie w opiece chirurgicznej nad pacjentem pediatrycznym – opis przypadku |
| Autorzy:  | Bogumiła Strumiłło, Bartłomiej Okrzesik, Martyna Lewicka, Katarzyna Ciesielska, Anna Piaseczna-Piotrowska |
| Ośrodek:E-mail: | ICZMP w Łodzisek45@iczmp.edu.pl |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne |  |
| Streszczenie: |  Zespół realimentacyjny (ZR) to poważne powikłanie związane z leczeniem żywieniowym, zarówno dojelitowym, jak i pozajelitowym, szczególnie u ciężko niedożywionych pacjentów. Jest to zespół zaburzeń wielonarządowych, który może prowadzić do niestabilności hemodynamicznej, zaburzeń rytmu serca, oligurii oraz poważnych zaburzeń elektrolitowych i metabolicznych, takich jak hipofosfatemia, hipokaliemia i hipomagnezemia. W przedstawionym przypadku pacjentka w ciężkim stanie kacheksji była hospitalizowana i operowana w Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej ICZMP w Łodzi. Na podstawie wyników laboratoryjnych rozpoznano zespół realimentacyjny i wdrożono leczenie zgodnie z zasadą „start low, go slow” wraz z monitorowaniem poziomów elektrolitów, glukozy oraz funkcji nerek. Suplementowano także witaminę B1 i kontrolowano funkcje serca.Leczenie przyniosło poprawę poziomu elektrolitów, co umożliwiło dalsze leczenie chirurgiczne. Opisany przypadek zwraca uwagę na trudności lecznicze dzieci ze skrajnym wyniszczeniem, często wynikających z obecności zespołu realimentacyjnego. Istotą jest monitorowanie stanu ogólnego pacjenta i jego gospodarki wodno-elektrolitowej oraz odpowiednie i stopniowe wprowadzanie leczenia żywieniowego. Kluczowe znaczenie ma współpraca interdyscyplinarna w celu zapewnienia kompleksowej opieki i minimalizacji ryzyka powikłań związanych z zespołem realimentacyjnym. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł: | Scyntygrafia nerek po pieloplastyce – czy jest to badanie obligatoryjne? |
| Autorzy:  | Hubert Walasiak1, Karolina Jałocha1, Paweł Haliński2, Marcin Polok2 1Studenckie Koło Naukowe Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego2Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze |
| Ośrodek:E-mail: | Kliniczny Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze hubertwa2000@gmail.com |
| XXI Sympozjum Interdyscyplinarne 6 grudnia 2024doniesienie ustne |  | XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowe 7 grudnia 2024doniesienie ustne | X |
| Streszczenie: |  Scyntygrafia nerek obok USG układu moczowego jest podstawowym badaniem w diagnostycewodonercza u dzieci. Z uwagi na skutki uboczne w postaci promieniowania porównywanego do 10-50zdjęć radiologicznych klatki piersiowej badanie to w ocenie pooperacyjnej budzi istotne wątpliwości. Celem pracy jest analiza oceny pooperacyjnej po pieloplastyce z perspektywy zasadnościwykonywania scyntygrafii nerek. Analizie poddano dokumentację medyczną dzieci operowanych z powoduwodonercza w okresie 01.01.2019 -20.03.2024 w Klinicznym Oddziale Chirurgii i Urologii Dziecięcej wSzpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze. Sumarycznie operowano 104pacjentów, z uwagi na brak pełnej dokumentacji medycznej do analizy zakwalifikowano 70 pacjentów.Wyniki pogrupowano w zależności od wykonania badania scyntygrafii pooperacyjnej, ponadtoanalizowano wyniki leczenia wodonercza. Spośród 70 pacjentów, scyntygrafię po zabiegu wykonano u 20 (28,6%). Decyzja o wykonaniubadania była indywidualnie podjęta przez prowadzącego urologa. W pooperacyjnym USG poprawa byławidoczna u 48, pogorszenie obrazu u 7. Z 20 scyntygrafii 10 wykonano u pacjentów z poprawą w USG, 5z pogorszeniem. U wszystkich 5, u których w usg nerki utrzymywał się istotny zastój podjęto decyzję oreoperacji. U żadnego pacjenta z grupy 10, u których była widoczna poprawa w USG nie zdecydowano okonieczności reoperacji. Badanie scyntygrafii nie wniosło nic istotnego w dalszym postępowaniu. U 10 z20 pacjentów nastąpiła poprawa wychwytu znacznika w wyrażona DRF scyntygrafii, 5 miałoporównywalny wynik, a 2 DRF był niższy po zabiegu. Reoperowanych było 7 pacjentów, u każdego znich po operacji obserwowano utrzymywanie się zastoju. Scyntygrafia jako badanie kontrolne po pieloplastyce jest wskazana jedynie w przypadkuutrzymywania się zastoju nerki w ultrasonografii. W pozostałych przypadkach wydaje się nie miećuzasadnienia. Szczególnie, że badanie to jest związane z niepotrzebnym promieniowaniem dla pacjenta. |